

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

289

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 Mai 1905 à 1 heure

LES

TUMEURS SOLIDES ET PRIMITIVES

DU

VAGIN

PAR

Maurice ROLLIN

Ancien interne des Hôpitaux

Président : M. LE DENTU

MM. POIRIER,

Juges

BAR,

MARION,

} *Professeurs.*

} *Agrégés.*

PARIS

G. JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	Professeurs.....	M. DEBOVE.
Anatomie		MM.
Physiologie		POIRIER.
Physique médicale		CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale.....		GARIEL.
Histoire naturelle médicale.....		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales		BLANCHARD
Pathologie médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie chirurgicale.....		HUTINEL.
Anatomie pathologique		BRISSAUD.
Histologie.....		LANNELONGUE.
Opérations et appareils.....		CORNIL.
Pharmacologie et matière médicale.....		MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique.....		N.
Hygiène.....		POUCHET.
Médecine légale.....		GILBERT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		CHANTEMESSE.
Pathologie comparée et expérimentale.....		BROUARDEL.
		DEJERINE.
		ROGER.
		DEBOVE.
Clinique médicale		LANDOUZY.
		HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....		GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies nerveuses.....		
		JOFFROY.
		RAYMOND
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS
Clinique ophtalmologique.....		D ^r de LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....		PINARD.
Clinique gynécologique.....		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEGUEU	RICHAUD.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, chef
BEZANÇON.	FAURE.	MACAIGNE.	des trav. anat.
BRANCA.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BRINDEAU	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA André.	GUIART.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CARNOT.	JEANSELME.	MERY.	WALLICH.
CLAUDE	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
DESGREZ.	LEGRY.	RENON.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE ET A MON MAÎTRE (INTERNAT 1902).

MONSIEUR LE DOCTEUR F. LABADIE-LAGRAVE

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. AUVARD. (INTERNAT 1904).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX.

MONSIEUR LE DOCTEUR PH. CHASLIN. (INTERNAT 1901)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CH. WALTHER (INTERNAT 1903)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. SCHWARTZ (INTERNAT 1904)

A M. LE PROFESSEUR A. GILBERT, MM. L. CUFFER ;
A. PETIT ; J. THIROLOIX ; H. TOUPET ; L. GUINON ;
MOREL-LAVALLÉE ; H. RIEFFEL ; P. RICHE.

A MES PREMIERS MAÎTRES

MM. CHÉNIEUX, BOULLAND, J. LEMAISTRE.

LES TUMEURS SOLIDES

ET PRIMITIVES DU VAGIN .

INTRODUCTION

La question des tumeurs solides primitives du vagin est encore obscure ; cela tient sans doute à leur rareté assez grande, au peu de précision d'un certain nombre des documents qui les concernent et au manque fréquent des examens histologiques, si utiles pour permettre une classification d'ensemble, élucider un diagnostic incertain et décider une thérapeutique active.

Il y a plus ; en parcourant les traités et les monographies, on voit que les auteurs sont loin de toujours s'entendre sur la dénomination de tumeurs primitives, les uns acceptant comme tels, certains cas niés par d'autres. Il n'est pas jusqu'au siège de la tumeur elle-même, qui ne devienne l'objet d'incertitude et de discussion ; et l'on voit nombre d'observations, où des tumeurs à siège manifestement vaginal, mais dépendant d'un organe de voisinage, sont rapportées comme des néoplasies primitives du vagin.

Il nous semble qu'il y ait lieu de distinguer dès à présent deux ordres de faits, les uns où seront catégorisées les tumeurs à la fois anatomiquement et cliniquement primitives, c'est-à-dire développées dans l'organe qui les porte, aux dépens de ses propres éléments ou de ses tissus hétérotopiques, les autres, où rentreront les cas de tumeurs seulement cliniquement primitives, dont le siège, et non l'origine histologique, permettra de leur assigner cette dénomination.

Dans cette acception la plus large, nous aurons à étudier

les variétés structurales les plus diverses, tumeurs du *type vasculo-connectif*, lipomes, fibromes, myomes et fibromyomes, endothéliomes, sarcomes et myxomes; tumeurs du *type épithélial*, épithéliome et carcinome, chorio-épithéliome, et enfin cas exceptionnels de tératomes vaginaux.

Toutes ces tumeurs peuvent à une certaine période de leur évolution, être confondues, au seul examen clinique, les unes avec les autres, et le diagnostic sera parfois hésitant pour discerner s'il s'agit d'un fibrome ou d'un cancer, d'une tumeur bénigne ou d'une néoplasie maligne, pouvant être ainsi la cause d'une intervention tardive ou incomplète, alors qu'elle aurait pu être hâtive et généreuse.

CHAPITRE PREMIER

HISTOGÉNÈSE GÉNÉRALE

Les tumeurs solides et primitives du vagin obéissent à la loi générale formulée par *Müller* : « Toute tumeur est formée « d'un tissu ayant son analogue dans l'organisme normal, soit « à l'état embryonnaire, soit à l'état de complet développement ».

Aussi, allons-nous retrouver au cours de cette étude, des tumeurs du type vasculo-conjonctif et musculaire (fibromes, myomes et fibromyomes, sarcomes, myxomes, lipomes, endothéliomes) et des tumeurs du type épithélial, épithéliomes et carcinomes, englobées ensemble sous la rubrique générique de cancers. Nous aurons enfin à envisager un groupe spécial de tumeurs, de nature tératoïde, les chorio-épithéliomes malins, qui peuvent se placer à côté des cancers.

Nous ne signalons que pour mémoire deux cas de LIPOME du vagin rapportés par Pelletan dans sa clinique chirurgicale (1820). Développés dans le tissu cellulaire sous-muqueux, ces tumeurs semblent s'être produites assez facilement dans cette région pauvre en glandes sébacées et sudoripares, particularité qui d'après Grosch serait très favorable au développement des tumeurs graisseuses. Mais le lipome du vagin est une rareté. Nous avons pu retrouver une observation de M. Clintock, qui a vu un lipome d'un pouce et demi de long qui sortait de la vulve d'une enfant de deux ans.

LES FIBROMYOMES constituent la tumeur ordinaire du vagin, où ils trouvent les éléments même de leur constitution, du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses.

Ils représentent le type des tumeurs conjonctives adultes,

et reconnaîtraient, comme facteur essentiel de leur genèse, les lésions capables d'atteindre les parois des artères. Tantôt (Keiffer), il s'agirait d'une irritation consécutive à une inflammation prolongée, à une thrombose, ou à tout autre processus qui trouble la circulation — d'autrefois, il s'agirait d'une irritation d'origine microbienne; c'est l'opinion de Kollmann qui a rencontré des microbes dans quelques fibromyomes du vagin.

D'après Claisse, ces tumeurs seraient toujours précédées par un état inflammatoire de la muqueuse, et seraient par conséquent de même nature inflammatoire, développées aux dépens d'endo et de péri-vascularites de cause vraisemblablement microbienne.

A côté de ces tumeurs fibromyomateuses, on connaît quelques cas de *fibromes* purs, dans la genèse desquels le tissu conjonctif du vagin joue le rôle principal, et des exemples de *myomes* purs, qui reconnaîtraient une double origine; ils dériveraient tantôt de la musculature lisse du vagin, tantôt des restes du canal de Wolff-Gartner. (Cas de Machenhäuer (1), de Littauer (2), ou même des canalicules du rein primitif. (Cas de Pick (3), de Von Herff, de Pfannenstiel).

Les canaux excréteurs du corps de Wolff, tapissés de *cellules cylindriques*, peuvent persister chez l'adulte au moins en partie le long du vagin, et descendre même jusqu'au bord libre de l'hymen (Klein). Malgré que ces cas soient d'une assez grande rareté, il est établi que les débris des canaux de Wolff peuvent être retrouvés sur toute la longueur de la paroi du vagin, Klein, J. Bullinger (4), sur les parois latérales et quelquefois antérieures, Kossmann (5).

Ces vestiges siègent en pleine paroi vaginale, dans la couche conjonctive sous-muqueuse d'après Dohrn, dans la musculuse d'après Rieder. Ils sont représentés par une enveloppe muscu-

(1) Machenhäuer. Myome vaginal. Centralbl. f. Gynæk, 1902, n° 21.

(2) Littauer. Société de gynécologie de Leipzig. 21 juillet 1902.

(3) Pick. Archiv. f. Gynæk. Berlin 1899. Bd. LVII. p. 461.

(4) Inaug. Dissert. München 1896.

(5) Kossmann. Zur pathologie der Parovarium. Centr. f. Gynæk. 1894. n° 23. p. 685.

laire lisse à trois couches et un épithélium constitué par une ou deux couches de grandes cellules cylindriques à noyau allongé.

Quant aux canalicules de Wolff, qui partent du canal de Wolff, pour aller au rein primitif, lorsque le canal de Müller croise superficiellement le canal de Wolff et se place en dedans de lui, il chemine au devant des canalicules issus de la partie terminale du conduit Wolffien ; et ainsi, les derniers canalicules mésonephriques se trouvent au contact de la face dorsale ou postérieure du conduit utéro-vaginal, et cela sur une notable longueur.

Recklinghausen a montré que les canalicules de la partie distale ou paroophorale du corps de Wolff sont capables de s'inclure dans la paroi postérieure de l'utérus et de devenir l'origine de certaines tumeurs de cet organe. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour le vagin ? Pick a établi que des canalicules peuvent se loger dans la paroi postérieure du vagin, au moins dans la région du cul-de-sac, et seraient aptes à produire des *adénomyomes*, qui se développeraient soit dans l'espace para-vaginal, soit vers la paroi vaginale, en la refoulant pour se pédiculiser.

Pick rapporte trois cas de tumeurs de ce genre, dont un appartient à Von Herff et un autre à Pfannenstiel. Il s'agissait de myomes contenant des cavités kystiques. Schikele (1) a rapporté aussi l'observation d'une tumeur adénomyomateuse, du volume d'une noix, siégeant vers le milieu de la paroi postérieure du vagin, adhérente à la paroi rectale, et qui provenait des débris du corps de Wolff.

Signalons enfin une variété de tumeur fibreuse du vagin, que Beigel (2) et Klob ont décrite sous le nom de *POLYPE MUQUEUX*, et qui résulte de l'hyperplasie partielle de la muqueuse vaginale. Breisky les compare aux fibromes cutanés, et déclare que certaines de ces productions très rares paraissent renfermer des dilatations lymphatiques considérables, ce qui justifierait la

(1) Contribution à l'histoire des tumeurs dérivées de Mésonephros-Beitrag zur Gebur und Gynæk. 1900. t. vi. f. 3.

(2) *Beigel* : Die Krank., der weibl. Gesel. 1875, p. 590.

comparaison avec le *molluscum pendulum* de la vulve, et la dénomination d'éléphantiasis mollis, sous laquelle Meinert a décrit une pièce semblable, présentée à la Société Gynécologique de Dresde (12 avril 1888).

Nous devons envisager encore dans le chapitre pathogénique et parmi les tumeurs du type conjonctif adulte, les cas très rares d'ENDOTHÉLIOMES du vagin. Ces tumeurs seraient formées par la multiplication et l'agglomération de cellules endothéliales. Dans le cas de Klien, on pouvait bien voir que l'épithélium pavimenteux du vagin n'était pour rien dans la formation de la tumeur, et mettre en évidence, que les *vaisseaux lymphatiques* ou tout au moins leur endothélium étaient l'origine de la néoformation. Dans l'observation de Gebhard, la participation des vaisseaux lymphatiques ne paraît pas non plus douteuse dans la production de l'endothéliome; il en est de même dans un troisième cas, rapporté dans la thèse de Franke, mais ici la tumeur est formée par l'endothélium des artéριοles précapillaires. On peut donc avoir à faire à un endothéliome tantôt lymphatique, tantôt artériel. Les deux variétés ont un lien commun, leur communauté d'origine aux dépens des cellules endothéliales.

Les tumeurs conjonctives embryonnaires sont représentées ici par les SARCOMES primitifs.

Ces tumeurs se développent aux dépens de la couche conjonctivo-musculaire du vagin, plus spécialement aux dépens du tissu conjonctif sous-muqueux, et ont pour caractéristique d'être composées de cellules conjonctives embryonnaires de formes diverses, arrondies, fusiformes ou étoilées, entourées de tissu muqueux en plus ou moins grande quantité. La prédominance de ce dernier formera une nouvelle variété, le MYXOME, très rare dans le vagin, où il s'agit presque toujours de sarcome pur ou de myxo-sarcome. — La transformation myxomateuse complète a été observée; nous avons pu retrouver un cas du à A. Ivor Thomas (1), et se rapportant à un myxome pur du vagin, chez une petite fille de 21 mois. — Nous y reviendrons plus loin.

(1) British Medical Journal. — 16 Octobre 1897. p. 1088.

Nous n'aurions rien de spécial à signaler sur l'histogénie de cette variété de tumeur, qui ne puisse être dit à propos de toute espèce de sarcome, si quelques observateurs, Kolisko, Hauser (3 cas), Bidone (1 cas), n'avaient signalé, dans leurs notes anatomo-pathologiques de sarcomes chez les enfants, un fait remarquable, également vu chez l'adulte par Rudwena la présence de *fibres musculaires striées*. Veit signale le fait, sans insister sur sa signification pathogénique. Mais Kolisko le considère comme étant d'une importance capitale; il serait l'indice de l'origine *congénitale* de ces productions, et la présence de fibres musculaires striées permettrait de considérer ces tumeurs, comme dues à l'inclusion d'un germe embryonnaire, et pour les faire placer dans le cadre des tératomes. Ce serait un appoint de valeur à la théorie de Conheim relative à l'origine des tumeurs. Mais, comme le fait remarquer Monsieur Le Dentu, les fibres musculaires striées font fréquemment défaut, et ne sont nullement *spécifiques* du sarcome de l'enfant, comme le veut Kolisko. — De plus, dans les cas, où les fibres striées existent, leur présence peut s'expliquer tout autrement que par la nature tératomateuse de ces sarcomes. Il n'y a pas longtemps, que des *fibres musculaires striées* ont été découvertes non seulement dans l'utérus, mais dans la paroi vaginale; « ce sont sans doute, dit monsieur Le Dentu, « ces éléments normaux qui sont accidentellement englobés « dans les néoplasmes. Leur origine congénitale dans le sens « histogénique du mot paraîtrait peu probable; ce qui paraît « plus exact, c'est que ces sarcomes se sont quelquefois développés pendant la vie intra-utérine. Peut-être même, lorsque leur apparition est très précoce, proviennent-ils d'éléments déjà déviés de leur destinée physiologique et tout prêts au moment de la naissance, à subir une hyperplasie pathologique rapide. » Au point de vue purement clinique et non histogénique, ces tumeurs peuvent être considérées comme congénitales, comme en témoigne le cas de Demme, (1) où au

(1) Demme. 19 Med. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderhosp. in Bern. p. 15 — und Grœnicher — Dissert. Inaug. München 1888.

moment de la naissance, il y avait déjà une tumeur de la grosseur d'un petit pois entre les deux petites lèvres. Mais il est probable qu'elles doivent être complètement mises à part des tératomes, malgré leur caractère tératoïde.

Avant d'aborder l'histogénèse des tumeurs primitives du type épithélial, nous devons envisager les rares cas de Papillomes du vagin, au point de vue pathogénique. Ici la discussion est ouverte : tandis que Cornil et Ranvier et la plupart des ouvrages classiques classent ces productions dans le groupe des tumeurs épithéliales, Virchow, Heurtaux, Quénu, soutiennent que leur masse provient du derme, et ils en font des fibromes ; Forster a voulu les rapprocher des angiomes.

En réalité, le papillome n'a rien à faire avec les néoplasmes ; il n'est qu'une lésion banale, et plus souvent de cause irritative, parasitaire ou non, (leucorrhée, blennorrhagie, vaginites de nature variée, grossesse (1), etc.). Rien ne le rapproche des tumeurs ; il est d'essence inflammatoire, ne se généralise jamais, et peut disparaître spontanément sans aucun traitement. Ce qui pourrait donner le change sur sa véritable nature, c'est que parfois, sur un papillome se développe un épithélioma, et surtout qu'il existe (2) des épithéliomas à forme papillaire, ressemblant absolument aux papillomes simples, et que seul l'examen microscopique et l'évolution peuvent faire classer dans la catégorie des tumeurs.

Les tumeurs primitives du *type épithélial* se réduisent à l'ÉPITHÉLIOMA et au CARCINOME, que nous groupons en une seule étude, ce dernier n'étant qu'une manière d'être de l'épithéliome, un épithéliome diffus à cellules métatypiques.

Nous n'insisterons pas ici sur l'histogénie des épithéliomas pavimenteux primitifs, qui trouvent sur place dans le vagin, les éléments de leur développement, par bourgeonnement des cellules du corps muqueux de Malpighi, au niveau du fond d'un espace interpapillaire. Il n'en est pas de même de l'épi-

(1) Multiple papillomata of the vagina. *Alex. Foulerton*. The Lancet 11 juillet 1891.

(2) *Renaut et Morlière* (Dict. des Sc. Médic.).

thélioma cylindrique. Nous savons en effet que la muqueuse du vagin est constituée par un épithélium pavimenteux stratifié, très épais, et qu'elle ne renferme pas de glandes, malgré l'observation unique de Ch. Widmer (de Bâle). Comment donc, et par quel mécanisme pourra se développer ici l'épithélioma cylindrique. L'épithélium vaginal subirait-il chez la femme, des modifications analogues à celles que Moráu et Retterer (1) ont noté chez la souris, le cobaye, etc., dont l'épithélium vaginal, de pavimenteux stratifié, devient cylindrique au moment du rut, du moins au niveau du tiers supérieur, d'origine endodermique. Cet état disparaît au bout de dix jours, s'il n'y a pas fécondation, mais persiste jusqu'après la parturition dans le cas contraire ?

Il semble plus rationnel de rechercher dans l'évolution de l'individu la raison de ces faits.

Dans des cas très rares, Veit a signalé la présence de glandes dans la partie supérieure du vagin ; il les considère d'ailleurs comme anormales, comme des organes accessoires, aberrants du col utérin, mais reconnaît qu'elles peuvent être l'origine de l'épithélioma cylindrique.

Il paraît probable que ces glandes ne sont autres que des diverticules d'aspect glandulaire dérivés du canal de Gartner, et constatés par Klein, Meyer, chez une enfant de 4 mois 1/2, sous forme de bourgeons courts et flexueux, au niveau des deux tiers supérieurs du vagin ; ces pseudo-glandes possèdent un épithélium cylindrique bas à une seule couche, et seraient apparues comme des glandes véritables, s'il ne s'était agi de coupes en série (Davidsohn et Meyer). Nous avons vu plus haut d'ailleurs, que des vestiges des canaux de Wolff revêtus d'épithélium cylindrique se retrouvaient dans la paroi vaginale. Ce n'est pas tout ; sur la paroi antérieure du vagin, on peut voir se former des glandes aux dépens de l'urèthre. Certaines d'entre elles, signalées par Skéne, revêtues d'épithélium cylindrique, dépassent nettement les limites de l'urèthre, et se

(1) Société de biologie. 26 mars 1892.

logent dans la paroi antérieure du vagin, où elles pourraient devenir l'origine d'un épithélioma cylindrique.

Pour comprendre la présence de glandes dans le tiers inférieur du vagin, les auteurs ont émis l'hypothèse d'une anomalie de développement, grâce à laquelle la limite entre la vulve et la muqueuse vaginale serait en quelque sorte reculée à l'intérieur du vagin. On admet plus facilement (1) la présence, dans la partie inférieure du vagin, de lobules aberrants de la glande de Bartholin, lobules pourvus d'épithélium cylindrique. De Sinéty a en effet établi que la glande de Bartholin était très souvent diffuse, composée d'un grand nombre d'acini disposés sans ordre, parfois séparés les uns des autres par des tractus musculaires. Cette origine ne pourrait entrer en compte que pour les tumeurs développées dans une région assez rapprochée de la glande.

Enfin, si l'on tient compte que l'épithélium des conduits de Müller, dont la fusion (canal de Leuckart), à la partie inférieure, constitue le vagin, est *cylindrique*, il ne paraît pas dénué de fondement d'admettre qu'une portion de cet épithélium s'est trouvée incluse dans les parties profondes de la muqueuse vaginale, et qu'elle peut, par une cause qui nous échappe, proliférer et donner naissance à un épithélioma vaginal cylindrique. Les recherches de Tourneux et Leguay (2), sur le développement de l'utérus et du vagin, ont bien mis en évidence que le vagin primitif se présente sous forme d'un cordon plein par prolifération de l'épithélium, cordon qui bourgeonne par toute sa périphérie pendant la moitié de la vie intra-utérine, et envoie dans les tissus ambiants des prolongements épithéliaux capables de s'isoler et de rester inclus dans la paroi vaginale musculo-conjonctive. A cette période, il s'agit le plus souvent d'inclusions d'épithélium pavimenteux, mais on peut admettre, comme l'a fait P. Fredet (3), pour

(1) Pinna Pintor. Giornale della R. Accad. di medic. di Torino. 1900, n° 5.

(2) Journal de l'anatomie. Paris 1884. t. xx. p. 330.

(3) P. Fredet. Etude anatomique sur l'origine des kystes du vagin. Ann. de gynécologie. Mars 1904.

expliquer certains kystes du vagin, que le bourgeonnement produit dans la zone de transition, entraîne dans l'épaisseur des parois vaginales des cellules du type utérin, capables d'être l'origine de néoproductions du type cylindrique.

Nous n'avons pas trouvé d'observations d'épithélioma développé sur un kyste du vagin. L'attention devrait être attirée sur ce point, dans les examens histologiques; il suffit que le fait soit possible, analogue à ce qui se produit pour certains kystes de l'ovaire ?

En résumé, 2 variétés d'épithélioma primitif, l'épithélioma *pavimenteux*, le plus fréquent, véritable cancroïde développé aux dépens des tissus bien différenciés du vagin adulte, par prolifération atypique de l'épithélium plat de ce conduit (Amann, Abel, etc.), et l'épithélioma *cylindrique*, qui se développerait aux dépens de germes embryonnaires, tantôt d'origine pseudo-glandulaire ou glandulaire vraie (glandes de Skène, glandules vulvo-vaginales aberrantes), tantôt d'origine leuckartienne et peut-être kystique; comme quelques observations ont tenté de l'établir (Mangiagalli), le cancer pourrait tirer son origine de kystes vaginaux préformés.

Il est enfin une modalité de tumeurs, les CHORIO-ÉPITHÉLIOMES, ou placentomes malins, dont l'histogénèse est restée bien longtemps des plus difficiles à interpréter. Depuis le remarquable mémoire de Briquel (de Nancy), on les considère comme des tumeurs dérivant de l'épithélium des villosités placentaires, et caractérisées par la présence d'éléments provenant de ce revêtement d'origine ectodermique, qu'il s'agisse d'éléments cellulaires (cellules dites de Langhans), ou syncytiaux. Ceux-ci ont une tendance à envahir et à détruire toute particulière, qui peut être interprétée comme l'exagération morbide de la propriété hémoclastique et vaso-destructive du revêtement placentaire normal.

L'émigration de tels éléments fœtaux au niveau des parois vaginales, permet de considérer les tumeurs qui en résultent, comme de véritables tumeurs *tératoïdes* de nature fœtale.

Les travaux de Hubert Peters, *Sur la fixation de l'œuf*

humain, et le stade le plus précoce, jusqu'à présent connu de la placentation humaine (1899), ont établi la structure du chorion et des premières villosités, sur un œuf âgé de 3-4 jours, à un âge où n'existe encore aucune connexion entre les membranes fœtales et la caduque utérine ; du syncytium existait déjà, en rapport génétique avec le revêtement ectodermique du chorion. On voyait au microscope ce syncytium dériver directement de l'ectoderme, et aucune origine endothéliale ou épithéliale utérine ne pouvait lui être attribuée.

La nature de l'épithélium des villosités étant prouvée, celle du chorio-épithéliome l'était par le fait ; et on s'explique les propriétés des éléments néoplasiques par l'exagération pathologique des caractères physiologiques d'éléments, qui de normalement placentaires, deviennent néoplasiques par leur prolifération atypique en des tissus nouveaux.

Après Peters, les recherches de Hübl et de Schlagenhauser permirent d'établir la véritable nature de ces chorio-épithéliomes, qu'il faut considérer à l'exemple de Pick (1897), comme des tératomes malins, constitués uniquement par des éléments placentaires fœtaux, dérivant du feuillet ectodermique de l'embryon. Ils sont ainsi bien différents des tératomes ordinaires, qui sont formés par des inclusions fœtales, congénitales, ayant le même âge, le même origine que l'individu qui les porte ; le chorio-épithéliome est représenté au contraire par des infiltrations fœtales acquises d'éléments d'une génération plus jeune que la malade qui en est atteinte.

Il est dès lors certain, que le chorio-épithéliome appartient, au point de vue de l'histogénèse, à un groupe pathologique bien à part ; un tissu étranger, sui généris, s'accroissant dans les tissus maternels et capable de former des métastases, reste en pathologie sans analogie.

Ce sont des tumeurs toujours cliniquement primitives ; nous verrons en effet, qu'à côté de la modalité coutumière de la tumeur utérine accompagnant assez souvent la néoformation vaginale, on peut voir évoluer, même pendant la grossesse, des tumeurs malignes du vagin, en dehors de toute altération

analogue du corps utérin. Nous étudierons et discuterons, dans le chapitre spécialement consacré à ces tumeurs primaires, le mécanisme de leur production, qui serait dû à des embolies de villosités ou de fragments de leur revêtement, véritables embolies *néoplasiantes*.

A côté de ces tumeurs chorio-épithéliomateuses, tératoïdes, relativement fréquentes, je dois signaler un cas de TÉRATOME vrai du vagin rapporté par Geyl. Il s'agissait d'une tumeur présentant des points durs comme de la pierre, à côté de parties pseudo-fluctuantes. Après décalcification, l'examen microscopique permit de reconnaître les caractères des éléments du derme, des conduits glandulaires, des poils, avec un réseau de Malpighi, un stratum granulosum et une couche cornée des plus nets. Au-dessous de ces diverses couches, l'auteur décrit du tissu cellulo-graisseux, musculaire et des éléments glandulaires. En aucun point de la surface de l'os, il ne vit de tissu cartilagineux.

L'histogénèse de ce cas unique est expliquée par Geyl de la façon suivante. Il ne s'agirait pas d'une inclusion fœtale du revêtement cutané, mais d'un processus de prolifération d'ovules non fécondés. L'auteur va plus loin encore : « Comme la paroi interne des canaux de Müller se développe aux dépens de l'épithélium cœlomique, dans lequel se trouvent de places en places des ovules primitifs, surtout au niveau des points où se formeront les canaux de Müller, on peut supposer qu'un tel ovule primitif est resté dans la paroi vaginale, et par suite d'une cause irritative quelconque se met à proliférer, pour former un tératome.

« Si on réfléchit en outre que les ovules primitifs ne se distinguent guère des amibes, qu'on leur attribue la faculté de se mouvoir, on conçoit qu'ils puissent émigrer du germe épithélial à la place où ils vont former une tumeur ».

Cette variété exceptionnelle de tératome est d'origine ovulaire, et le fait qu'il présenterait tantôt l'aspect d'une tumeur solide, tantôt de tumeur liquide s'expliquerait par le siège superficiel ou profond de l'ovule primitif (Geyl).

Cette étude d'histogénèse des tumeurs du vagin a nécessité une classification, anatomo-histologique. Nous évoluerons maintenant dans le cadre clinique, et sachant bien à quelle catégorie d'origine appartient chaque tumeur, nous étudierons successivement : tumeurs bénignes et tumeurs malignes, d'après les idées actuellement régnantes.

CHAPITRE II

I. — LIPOMES PRIMITIFS

Les tumeurs de cette espèce sont extrêmement rares dans cette région. Pelletan (1) en a rapporté deux cas. Dans l'un, il s'agissait d'une femme de 40 ans, qui présentait une tumeur cylindrique, molle, d'une longueur de 8 pouces, siégeant dans la cloison recto-vaginale et s'avancant vers la vulve. Le deuxième cas se rapporte à une jeune fille de 18 ans, dont la tumeur de la grosseur du poing, siégeait aussi dans la cloison recto-vaginale.

Ces tumeurs gênantes par leur volume, présentaient une surface ulcérée, et provoquaient de la leucorrhée et des hémorragies, mais n'étaient pas douloureuses. Elles furent enlevées par incision de la muqueuse et séparation avec les doigts et la spatule.

C'est sur la foi de l'auteur que nous acceptons ces deux exemples comme des cas de lipomes du vagin. Il ne décrit pas leur aspect macroscopique, et ne donne aucun détail sur leur nature anatomique.

Béraud a trouvé un cas plus certain, il s'agissait d'une tumeur de forme polypoïde, provenant de la paroi antérieure du vagin et simulant une cystocèle. Elle était formée par un repli de la muqueuse, doublée uniquement de *graisse*.— L'auteur fit la section du pédicule et sa ligature, après s'être assuré de l'état de la cloison vésico-vaginale.

Nous avons vu déjà que M. Clintock a signalé un lipome vaginal d'un pouce et demi de long, qui sortait de la vulve d'une enfant de deux ans.

(1) Pelletan. Clinique chirurgicale, 1840.

Nous devons, pour être aussi complet que possible signaler ces exemples, qui restent absolument insuffisants pour une description d'ensemble.

II. — FIBRO-MYOMES PRIMITIFS.

Historique. — Les tumeurs fibro-myomateuses, fibreuses et myomateuses du vagin, sans être très fréquentes, en représentent la tumeur ordinaire.

Avant la monographie classique de Kleinwächter, *Les néoplasmes connectifs et myomateux du vagin*, 1882 (1), on ne retrouve guère qu'une étude d'ensemble de Neugebauer (2), qui en rapporte 35 cas, et le travail de Breisky (3), qui contient 37 observations. Il existe cependant un cas de Jacob Denys en 1773, qui paraît être le premier exemple de ces productions pathologiques, et en 1874, Fleetwood Churchill (4) reproduit deux exemples de polypes du vagin, dont l'un lui a été fourni par M. Clintock. Kleinwächter, dans son excellente étude réunit 53 observations, et fait une analyse critique très complète de tous les matériaux rassemblés jusqu'en 1882. Il semble cependant que quelques-uns des faits qu'il rapporte, commandent certaines réserves, car ils sont de valeur documentaire fort inégale. C'est ainsi que quelques observations se bornent au simple énoncé du titre, sans aucuns renseignements clinique ou anatomique.

En 1884, Rocheblave (5), dans sa thèse, rapporte 5 observations de Tédénat.

Successivement parurent en 1885, les études de Braun, à

(1) Die bindegewebigen und myomatösen Neubildungen der vagina. Zeit. f. Heilk. Bd., III, p. 335. — 1882.

(2) Neugebauer : Prager Viertel. Jarschrift, 1877, II, p. 59.

(3) Billroth's Handbuch der Frauenkranheiten. Bd., III, p. 723.

(4) Fleetwood Churchill. Traité pratique des maladies des femmes hors l'état de grossesse. 1874, p. 164.

(5) Rocheblave. Etude des fibromes, et fibro-myomes du vagin. Thèse Montpellier, 1884.

Vienne (1), de Parker (2) 1886, Fraenkel (3) 1887, et Hastenpflug (4) qui en fit le sujet de sa thèse inaugurale en 1888 ; il rapporte trois cas nouveaux observés à la clinique du professeur Schultze.

Depuis lors, Emmert (5), à la suite d'un référendum auprès des médecins d'Iowa, recueille onze observations inédites auxquelles il ajouta un cas personnel.

Klien (6), en 1898, publia un mémoire très documenté sur les tumeurs primitives du vagin, où il a analysé les cas de Geuer, de Schramm, da Costa, Hume, etc.

John Philips (7) fait une intéressante revue générale des fibromyomes du vagin, d'après 27 cas publiés depuis 1882, auxquels il ajoute 2 observations.

Smith (8), en 1902, en fait une intéressante description d'après 50 faits analysés, bientôt suivie de la remarquable étude de G. Potel (9) (de Lille), et de la thèse de son élève Nièppe (10), où sont rapportées deux nouvelles observations du professeur Dubar.

Il serait oiseux de faire la liste complète de tous les cas publiés. Nous avons retrouvé environ 150 observations sur lesquelles l'histoire des fibromyomes du vagin peut être facilement édifiée.

Étiologie. — Une obscurité grande encore, règne sur l'étiologie des fibromyomes du vagin. Des causes banales ont été invoquées, mais leur rôle paraît plus que réduit ; ce sont les

(1) *Braun*. Wien. méd. Wochenschr. 1885, n° 51, p. 15574.

(2) *Parker*. Verg. méd. Monch. 1886, p. 793.

(3) *Fraenkel*. Breslauerärztl. Zeit. 1887, p. 39.

(4) *Hastenpflug*. Iéna. Diss. Inaug. 1888.

(5) *Emmert*. Journ. of Amer. Méd. assoc., 1897, p. 1141.

(6) *Klien*. Die Soliden primären Geschwulste der Scheide. Sammelbericht Monatsschr. f. gebur. u. gyn. 1893. Bd., 7. p. 564.

(7) *John Philips*. British. Méd. Journal, février 1899, p. 262.

(8) *Smith*. Amer. Journ. Obstet., 1902, p. 145.

(9) Le fibromyome du vagin. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1903, n° 3, p. 387.

(10) *Nièppe*. Thèse de Lille, 1901, n° 37.

approchements sexuels, la stérilité, les accouchements antérieurs. Ces diverses hypothèses, outre qu'elles ne reposent sur aucune preuve, sont souvent contredites par les faits.

Nous avons retrouvé la notion d'âge mentionnée dans 40 observations. Les fibromyomes se développeraient surtout à l'âge moyen de la vie, de 30 à 45 ans (84 %), dans la dernière période de la vie sexuelle et vers la ménopause. La malade adulte la plus jeune, portant une de ces tumeurs était âgée de 29 ans ; la plus âgée avait 52 ans.

A côté de ces cas, il existe trois exemples d'une authenticité bien établie par Traetzi (1), Wilson (2), A. Martin (3) et Guersant (4), de fibromes du vagin chez des enfants de 15 mois, 2 ans et demi, chez une fille nouveau-née, et chez une enfant âgée de 13 mois à peine.

A l'encontre de ce qu'on observe pour les fibromes utérins, qui se montrent plus volontiers chez des femmes qui n'ont jamais eu d'enfants, il semble d'après la lecture des observations que les fibromyomes du vagin s'observeraient chez les multipares, avec une plus grande fréquence.

Les vierges n'en sont pour cela pas exemptes (observ. de Jakobs (5), Greene (6), Kleinwächter (7), Potel (8) ; et, si l'on s'explique aisément le ramollissement et l'hypertrophie que peut faire subir la grossesse à un fibrome du vagin, qui participe ainsi aux modifications anatomiques des organes génitaux à cette période, on ne comprend pas de ce fait la production de ces tumeurs.

Smith a fait la statistique de l'état civil et des grossesses de femmes atteintes de fibromes vaginaux (9). Sur 69 observations où l'état civil est donné, on trouve 55 femmes mariées

(1) Traetzi. Monatschr. f. gebür. XXII, p. 227.

(2) Wilson. Med. Times and Gaz. avril, 1876, p. 360.

(3) A. Martin. Zeitschr. f. geb. und Gynæk. 1878. B. II, p. 406.

(4) Guersant. Moniteur des hôpit. Paris, 1854, p. 187.

(5) Jakobs. Klin. Woch., 1869, p. 258.

(6) Greene. Boston med. Journ., 1892, p. 594.

(7) Loc. cit.

(8) id.

(9) Smith. Loc. cit.

et 14 célibataires. Dans 20 cas, où il possède des renseignements sur la fertilité des malades, 16 ont eu des enfants et 4 sont restées stériles.

Quoiqu'il en soit, les causes officientes du développement de ces tumeurs nous échappent. On peut se demander toutefois si, ici, comme pour l'utérus, les lésions qui peuvent atteindre les parois des artères ne seraient pas les facteurs essentiels de la genèse des fibro-myomes, qui pourraient alors relever médiatement d'infections variées, locales ou générales (fièvre typhoïde, variole, diphtérie, malaria, syphilis) qui ont été retrouvées dans les antécédents pathologiques de nombreuses malades.

Le fait admis par Keiffer que les tumeurs sont en rapport avec une thrombose ou tout processus qui trouble la circulation, la constatation qu'a faite Kollmann, de microbes dans l'épaisseur des fibromes, plaident en faveur de la théorie de Claisse, que nous avons signalée plus haut, que les fibromyomes se développeraient aux dépens d'endo et de péri-vascularites de causes probablement microbiennes, les éléments pathogènes pénétrant par la voie circulatoire générale ou plus souvent par la voie lymphatique ou sanguine du vagin, dont la muqueuse a abrité les agents microbiens.

Anatomie pathologique. — *Siège.* — Le point d'implantation des fibro-myomes du vagin est très variable. Aucune partie de ce canal n'en est indemne ; ils peuvent prendre naissance sur tous les points du conduit vaginal, ou ils trouvent du reste leurs éléments constitutants, tissu conjonctif et fibres musculaires lisses. Cependant, ils se développent plus fréquemment aux dépens de la *paroi antérieure* du vagin, dans sa partie supérieure. Sur cent cas où sont notés les points d'implantation, on trouve 55 fois la face antérieure, 26 fois en arrière, 10 à droite et 9 à gauche.

Sur 39 des cas rapportés par Kleinwächter où le siège est mentionné, 25 fois il correspondait à la *paroi antérieure* ; sur les 29 cas collectés par J. Philips, 23 fois aussi il occupait cette paroi, soit à droite ou à gauche de la ligne médiane.

Ces tumeurs sont situées sous la muqueuse, dans la couche fibro-musculaire ou dans le tissu conjonctif lâche qui entoure le vagin. Les fibromyomes qui se développent au niveau de l'urèthre peuvent lui être très adhérents, et ce détail s'explique si on se rappelle que la portion uréthrale de la paroi antérieure du vagin est absolument inséparable de l'urèthre, auquel elle est unie par un tissu cellulaire très dense, traversé par de petites veines et des faisceaux musculaires striés ; c'est à peine si au niveau du col de la vessie, on peut isoler les deux conduits sur la ligne médiane, dans l'étendue de 5 millimètres. Il y a fusion entre leurs parois et formation d'une cloison commune, dite uréthro-vaginale de 5 à 12 mm. d'épaisseur. On s'explique dès lors, combien il peut être difficile de déterminer l'origine topographique exacte d'un fibrome *péri-uréthral*.

Comme le font remarquer Labadie-Lagrave et Legueu (1), si la tumeur naît et siège à la partie supérieure de la paroi antérieure du vagin, l'isolement facile d'avec la vessie, permet de savoir à quel conduit elle se rattache ; on peut discuter pour les fibromes qui se développent au voisinage de l'urèthre ; ils peuvent lui être très adhérents, et il est difficile de dire qui est en cause, de l'urèthre ou du vagin, dans la production de la tumeur, dont le siège est manifestement vaginal et péri-uréthral ?? Souvent ce n'est qu'au moment de l'intervention que la question pourra être tranchée, car d'après les auteurs précités, l'adhérence à l'urèthre entraîne presque forcément une lésion de ce canal au moment de l'ablation ; ce serait la preuve que la tumeur s'est formée dans la paroi uréthrale. Si au contraire, l'énucléation peut se faire sans que l'urèthre soit lésé, il s'agirait d'une tumeur appartenant à la paroi vaginale.

D'après Pozzi (2), cette question de l'adhérence à l'urèthre n'empêche pas la tumeur d'appartenir au vagin. Pour cet auteur, l'observation publiée par Tillaux (3), de fibro-myome

(1) Traité médico-chirurgical de Gynécologie, 3^e édition, 1904.

(2) Traité de Gynécologie.

(3) Ann. de Gynécologie, sept. 1889, p. 161.

de l'urèthre, se rapporterait manifestement à un corps fibreux du vagin adhérent à l'urèthre ; il en serait de même du cas de Griffith (1) où il s'agirait d'une adhérence secondaire. Baurý (2) et L. Laurent (3), dans leurs thèses, admettent au contraire que le néoplasme dépend plutôt des fibres musculaires propres de l'urèthre à cause de l'adhérence aux parois du canal urinaire. Nous avons vu que l'intimité du vagin et de l'urèthre rendait la question bien difficile à trancher au point de vue de l'origine de la tumeur. Topographiquement les fibromes restent des tumeurs vaginales, juxta ou sous-uréthrales, qu'on peut désigner sous le nom d'uréthro-vaginales.

Dans la plupart des cas, des adhérences très faibles unissaient les fibromyomes à la paroi uréthrale, Hœning (4), Lejars (5) ; et après l'ablation, on distinguait très nettement les fibres transversales de la tunique externe de l'urèthre dénudé. On voyait aussi que la tumeur siégeait dans le système uréthro-vaginal, sans aucune connexion avec la muqueuse de l'urèthre, et que son développement et son évolution étaient essentiellement vaginaux.

Formes. — Les fibromyomes du vagin peuvent être soit *sessiles*, implantés sur la paroi par une base large, ce qui est le cas le plus fréquent, soit plus rarement *pédiculés*, revêtant ainsi la forme de *polypes*. Ces *tumeurs pédiculées* sont signalées depuis longtemps déjà : deux des premiers exemples ont été rapportés par Fleetwood Churchill, auquel ils ont servi à faire une courte histoire de cette variété de tumeurs.

Le pédicule est ordinairement épais et solide ; il dépasse rarement la grosseur du doigt, mais il est très vasculaire, et sa section donne fréquemment lieu à d'assez fortes hémorrhagies. Le pédicule, d'abord très court, s'allonge sous l'influence du poids de la tumeur en voie d'accroissement, et le fibrome

(1) Soc. Obstet. de Londres, 6 juillet 1889 : in Cent. f. Gynæk, 1889, n° 53, p. 877.

(2) Baurý. Th. de Paris, 1899, n° 103.

(3) Laurent. Th. de Lyon, n° 1221.

(4) Hœning. Berliner Klin. Woch., 1869, p. 55.

(5) Lejars. Leçons de clinique Chirurgicale, 1893-94, p. 598.

à localisation d'abord intra-vaginale, ne tarde pas à faire saillie hors la vulve.

La muqueuse qui le recouvre, d'abord intacte, formant une surface complètement unie et légèrement ondulée, ne tarde pas à subir des altérations irritatives, ulcérations et infections secondaires. L'œdème et le sphacèle de la tumeur s'observent également par suite de la gêne circulatoire qui provient soit de l'allongement excessif ou de la torsion du pédicule.

Quant aux fibromes *sessiles*, qui seraient vraisemblablement toujours la forme de début, leur point de départ est dans la partie fibro-musculaire de la paroi vaginale, où ils sont blottis comme les myomes dans l'utérus, mais ordinairement, ils dédoublent la muqueuse vaginale et s'étalent en modifiant plus ou moins les rapports des organes voisins. Le plus souvent ces tumeurs sont *encapsulées* dans un tissu conjonctif lâche, et c'est là une circonstance heureuse qui en rendra l'énucléation facile. Mais dans d'autres cas, la tumeur est diffuse et semble se continuer avec le tissu conjonctif voisin, auquel elle adhère de tous côtés (Tédénat); les limites en deviennent alors fort imprécises, et l'extirpation en est rendue difficile. C'est le cas pour la plupart des fibromes sous ou péri-urétraux.

Il reste une question à élucider dès à présent. Le titre de ce travail *Tumeurs solides primitives*, indique bien que nous ne voulons entendre par fibromyomes du vagin, que des tumeurs autochtones, qui se développent primitivement au niveau de ce conduit. Ce n'est pas ainsi que nombre d'auteurs l'ont compris et étudié. M. Pozzi (1) admet, théoriquement il est vrai, qu'il est possible que les fibromes observés au niveau du vagin, ne soient autre chose que des *fibromes migrants*, issus du tissu utérin et soulevant le cul-de-sac de Douglas, pour se placer en arrière de la paroi vaginale. Kiwisch (2), va plus loin, et prétend que le plus grand nombre des fibromyomes vaginaux prennent leur origine dans l'utérus, avec lequel ils peu-

(1) Pozzi. Traité de Gynécologie, p. 238.

(2) Kiwisch. Klin. Vorträge. Bd., II, p. 545.

vent perdre secondairement leurs connexions. Ces faits existent quoiqu'ils soient rares, Paquet (1), Dubar (2), et pour ainsi dire d'exception. Dans ces cas d'ailleurs, la coexistence de tumeurs fibreuses utérines est fréquente, la tumeur hétérotopique n'étant que l'expression vaginale de la fibromatose utérine. Kleinwächter se refuse à admettre ces tumeurs comme étant des fibromes du vagin. Dans le cas de Potel (3), il existait outre la volumineuse tumeur vaginale, un fibrome gros comme une noisette sur la paroi antérieure de l'utérus ; dans une observation de J. Philipps, un fibrome utérin accompagnait la tumeur du vagin (février 1905). Hastenpflug (4) relate un fait où il y avait en même temps une tumeur fibreuse de l'utérus.

Nous avons observé récemment, à l'hôpital Cochin, une malade portant une grosse masse fibromateuse utérine, dont deux petits fibromes paraissant isolés descendaient, l'un sous la paroi postérieure du vagin, en dédoublant la cloison recto-vaginale, l'autre situé en avant et cheminant entre la vessie et la paroi vaginale antérieure. Il ne saurait être question ici, en aucune façon de tumeur primitive du vagin. Certes l'erreur sera parfois possible, quand la tumeur n'aura plus de lien d'attache avec l'utérus, et fera pour ainsi dire corps avec le vagin, mais ces cas sont si exceptionnels, qu'il fallait surtout en être prévenu pour les éliminer. Nous avons vu cependant un fibrome détaché de la paroi postérieure de l'utérus, la tumeur avait subi la transformation calcaire et était libre dans le cul-de-sac de Douglas ; un pas de plus, elle pouvait se faire route vers la paroi vaginale et revêtir le type d'une tumeur vaginale. La coexistence de tumeurs utérines fera soupçonner l'origine de la tumeur émigrée.

Le volume des fibromyomes vaginaux, est des plus variable. Généralement petites, ces tumeurs varient de la grosseur d'une

(1) Paquet. Bull. méd. du Nord, 1882, p. 65.

(2) Dubar. Statistique de l'Hôpit. de la Charité de Lille.

(3) Potel. Loc. cit., p. 390.

(4) Hastenpflug. Loc. cit.

lentille, d'un pois, au volume d'une noix, d'une pomme. D'après de Sinéty, les tumeurs sous-muqueuses sont généralement petites et ne dépassent pas les dimensions d'un pois ou d'une noisette ; celles qui sont plus profondément situées atteindraient des proportions plus grandes ; certaines sont extrêmement volumineuses et peuvent remplir le bassin, tout en sortant par la vulve.

Gremler (1) en a cité un cas : « La tumeur qui pesait 10 livres 2 onces $1/2$, pendait de la paroi vaginale, comme une grosse poire, avec un pédicule de la grosseur de deux doigts ».

Dans une observation de la clinique de Schultze, rapportée par R. Hastenpflug (2) il existait un corps fibreux du vagin atteignant des dimensions extraordinaires : « Née dans la paroi antérieure du vagin, à gauche du museau de tanche, la tumeur remplissait totalement le canal, arrivait jusqu'à la vulve d'une part, et d'autre part jusqu'à un travers de main de l'ombilic ; elle était en partie gangrénée.

Dans les cas de A. Lewers (3), Tchunichin (4), P. Strassmann (5), E. Frankel (6), J. Oliver (7), il s'agissait encore de très gros fibromes, de la grosseur d'une orange, à une tête d'enfant. (Cas de Stumpf et de Hofmolk) (8). A côté de ces observations, peuvent se placer celles de Baudier (9), (tumeur de 10 livres $1/2$, arrachée par la malade), de Pillore (10), qui observa, chez une femme enceinte une, tumeur fibreuse,

(1) Gremler. Méd. Zeit. Berlin, 1843, n° 33.

(2) Ueber vaginale myome. Dissert. inaug. Iéna, 1888.

(3) A. Lewers. Fibroid tumour of the vagina. (Trans. obst. Soc. of London. 1887, T. xxix, p. 299.

(4) Tchunichin. Journ. russe d'Obs. et de Gynéc., 1888, T. I. n° 7 et 8.

(5) P. Strassmann. Zur Kenntniss der Neubildungen der Scheide. Centr. fur Gynæk., 1891, p. 825.

(6) E. Frankel. Orangengrosses breitbasiges fibromyom der vagina. Bresl. erztl. Zeitschr., 1887, T. ix, p. 59.

(7) James Oliver. The Edinburgh med. Journ. 1897, juin, p. 634.

(8) Stumpf. Myofibrom der vagina mit beginnender Verjauchung. Münch. Méd. Woch. 1890, xxxvii, p. 694. — Hofmolk. Wien. Méd. Presse, 1891, xxxii, p. 1229.

(9) Baudier. Journ. Méd. chir. et pharm., 1847.

(10) Pillore. Gaz. des hôpit., 1854, p. 137.

insérée sur la paroi antérieure du vagin, et mesurant 30 centimètres de longueur, 24 centimètres de largeur et 16 de hauteur.

Ces tumeurs énormes constituent par elles-mêmes, une véritable complication par excès de volume.

Nombre. — Les tumeurs fibreuses du vagin sont généralement uniques. Sur 120 observations, Potel signale 8 fois seulement la présence de plusieurs tumeurs. Jakobs, Tédénat (1) ont rapporté l'existence simultanée de deux et trois tumeurs. Castelain (2) enleva, trois jours après l'ablation d'un fibrome du vagin gros comme un œuf, une deuxième tumeur plus petite, du volume d'un gros pois, située près du museau de tanche.

Quant aux *fibromes multiples*, il sont extrêmement rares. Nous n'en connaissons qu'un cas, appartenant à Olénin (3), dans lequel la paroi vaginale ne présentait pas moins de 16 tumeurs, les unes pédiculées, les autres sessiles.

Il s'agit là d'une véritable *fibromatose vaginale*. Grâce à l'obligeance de M. G. Petit (4) d'Alfort, nous avons pu observer un cas de *fibromes multiples* du vagin chez une chienne, morte de cancer de la mamelle, généralisé au foie, à la rate et au poumon. « Le vagin est rempli d'une *multitude de fibromes*, fermes, » lisses, nacrés, de volume et de formes variables. depuis la » grosseur d'un pois à une noix. La plupart sont sessiles, ou » largement pédiculés ; un seul à long pédicule saille vers » la cavité vulvaire. Ces tumeurs fibreuses sont implantées sur » la muqueuse, depuis l'orifice de l'urèthre jusqu'au col de » l'utérus, comblant la cavité vaginale. La vulve est par contre absolument saine ; il en est de même du corps de l'utérus » qui présente seulement des lésions de métrite chronique. » Ces fibromes comprennent toute la paroi de l'organe, qui » apparaît bombée après son isolement complet. L'étude histologique démontre qu'il s'agit de fibromes purs et non de fibromyomes ».

(1) Tédénat. In Thèse Rocheblave.

(2) Castelain. Bull. médical du Nord, 1861, p. 56.

(3) Olénin. Multiple myome der vagina. Ref. Frommel Jahresber, 1891. p. 788.

(4) Petit (d'Alfort). Bull. soc. anat. Avril 1902, p. 391.

Rapport avec les organes voisins. — Les modifications apportées dans les rapports anatomiques des différents organes sont variables avec le volume de la tumeur et avec sa forme sessile ou pédiculée. Dans ce dernier cas, les organes du voisinage en sont peu gênés, car le fibrome a de plus en plus tendance à devenir extra vaginal; cependant la vessie peut être entraînée, formant un certain degré de cystocèle (cas de Dubar) (1); voire même un véritable infundibulum vésical, qui devra être recherché, lors de l'intervention.

Les fibromes sessiles, peu volumineux (œuf de pigeon) dédoublent simplement les cloisons vésico ou recto-vaginales. Plus volumineux, ils refoulent la vessie en haut; l'utérus est remonté (cas de J. Phillips) ou replié en arrière et fléchi. L'urèthre est déplacé allongé et tortueux, (Strassmann (1), Hume (2), Da Costa (3); le rectum n'échappe naturellement pas à la compression.

Histologie. — La structure des tumeurs fibreuses primitives du vagin est assez analogue à celle des fibromes de l'utérus. On y rencontre du *tissu conjonctif* adulte très feutré, dont les tractus s'anastomosent, et des amas de fibres musculaires lisses, ces deux éléments constituant la forme la plus fréquemment rencontrée, le *fibromyome*.

Plus rares sont les formes *pures*, caractérisées par la prédominance de l'un des deux éléments cellulaires.

On connaît quelques cas de *fibromes purs*, Paget (4), J. Oliver (5), Netzel (6), Paquet (6); nous y ajouterons à titre documentaire les cas observés par Petit (8) chez des chiennes. Tédénat (9) a rapporté l'observation d'une tumeur, où il exis-

(1) Loc. cit.

(2) Strassmann. Centr. f. Gynæk. 1891, n° 41, p. 825.

(3) Hume. Lancet. London, 1895, t. II, 988.

(4) Da Costa. Medical News. 26 octobre 1895, p. 463.

(5) Paget. Lectures on Surgery, path. T. II, p. 115.

(6) J. Oliver. The Edinburg med. Journ. 1897, juin, p. 634.

(7) Netzel. Hygeia, 1892, p. 164.

(8) Paquet. Loc. cit., 1882.

(9) Petit. Bull. Société anat. Paris, Mars 1900, p. 335. Avril, 1902, p. 391.

tait un noyau fibreux pur avec un cercle périphérique de fibres musculaires ; comme le cas de Dubar (1) où l'inverse s'était produit, myome pur avec gangue conjonctive, ces faits nous paraissent devoir être rangés parmi les formes de transition.

Les myomes purs sont peut-être encore plus rares, Klienwächter (2), en a rapporté un cas, et après lui, Hume (3), Olénin (4), Machenhauer (5), Littauer (6). M. le Professeur Poirier nous en a communiqué une observation inédite, que nous rapportons à la fin de ce travail.

Nous avons déjà vu que les myomes pouvaient dériver de la musculature du vagin ou des restes des canaux de Wolff-Gärtner. Von Herff a même rapporté un cas d'adéno-myome. Je n'insisterai pas sur l'étude histologique des deux tissus constitutifs des fibromyomes vaginaux, ils ressemblent aux tumeurs utérines analogues.

Les cellules musculaires lisses, groupées en faisceaux, se reconnaissent à leurs noyaux allongés au milieu d'un protoplasma de forme ovoïde et fusiforme.

Dans quelques préparations, on voit des cellules musculaires hypertrophiées, rappelant celles de l'utérus gravide, et en d'autres points, des stries protoplasmiques autour d'un noyau allongé, qui seraient des fibres lisses en voie de développement.

Le tissu conjonctif est beaucoup plus abondant ; d'aspect et de consistance fibreuse, il accompagne les vaisseaux et sépare les faisceaux musculaires. Les vaisseaux sont interstitiels, sous forme de gros capillaires ou d'artérioles béantes à la coupe comme des sinus, d'autres sont *périphériques* ; quant aux terminaisons nerveuses, on ne les a jamais rencontrées dans les cas de fibromyomes vrais.

Si on peut conserver dans la classe de ces tumeurs les cas analogues à celui de Tédénat-Ranvier, où existaient quelques

(1) Tédénat. In Th. Rocheblave.

(2) Kleinwächter. Arch. f. Heilk., 1882.

(3) et (4). Loc. cit.

(5) Machenhauer. Centr. f. gynækologie., n° 21, 1902.

(6) Littauer. Loc. cit., 1902.

fibres musculaires, présentant une striation analogue à celle des fibres utérines à la fin de la grossesse, il est impossible d'en faire autant pour les cas de rhabdomyomes, comme celui observé par M^{de} Kaschewarowa (1), qui était uniquement composé de tissu myxomateux et de tissu musculaire strié, et doit être catégorisé dans l'étude des sarcomes. Quoique certains auteurs (Potel, Nièppe) les considèrent comme des fibromyomes dégénérés, d'autres décrivent les rhabdomyomes, comme des tératomes, tumeurs congénitales, à évolution clinique analogue à celle des sarcomes mous et fuso-cellulaires. Il n'en reste pas moins, que ce sont des tumeurs histogéniquement très différentes des fibromes.

Evolution et maladies des tumeurs fibreuses du vagin. — Ces tumeurs progressent en général très lentement, à moins qu'une cause fortuite ne vienne activer le processus néoformateur. Nous verrons plus loin le rôle important de la grossesse.

Tantôt, les troubles relevés remontent à 2, 3 ans, 7 ans dans le cas d'Hofmokl, où la tumeur avait atteint le volume d'une tête d'enfant, 10 ans dans l'observation de Greene, où le fibrome avait la grosseur d'un œuf de poule.

Parfois l'accroissement est très rapide ; après une période latente de 2 ans, Godfrey (2) pût voir une tumeur fibreuse atteindre en quelques mois un volume considérable, remplissant le vagin, distendant le périnée et débordant la vulve.

A côté de ces *modifications de volume*, les fibromes du vagin peuvent subir des *altérations de consistance*, résultat d'*infiltrations œdémateuses*, par torsion ou par tiraillement des vaisseaux du pédicule, ou par formation de *lymphangiectasies*, qui les rendent *mous* et presque fluctuants. La *nécrose*, l'*ulcération* et l'*infection* peuvent arriver par un processus analogue.

La *gangrène* de la muqueuse vaginale recouvrant la tumeur a été notée dans quelques cas (3). La calcification du fibrome a

(1) Arch. f. path. anat. Berlin, 1872, p. 65.

(2) Godfrey. Col. Med. Journ., 1896, p. 284.

(3) Macau. Dublin Quaterly Journ. med. sc. 1881, p. 436. — Stumpf. Loc. cit. — Hatsenpflug. Dissert. Iéna, 1838. — Condamin. Arch. provinc. de chirurgie, 1894. — John Philipps. Loc. cit.

été observée par Strassmann, Tédénat; — dans le cas de Strassmann, « la malade avait, un an et demi auparavant, avalé une » épingle, et durant quelques mois, avait ressenti entre l'anus » et le vagin des douleurs lancinantes, qu'elle supposait produites par la pointe de l'épingle; à l'examen, on sentit » immédiatement au-dessous de la muqueuse, un corps dur » lobulé, du volume d'une lentille, qui après l'énucléation fût » reconnu pour un nodule fibreux en voie de *calcification*.

On a décrit également la transformation *graisseuse*, *kystique*, *myxomateuse* et *sarcomateuse*, les cellules conjonctives pouvant évoluer vers le type muqueux (Kleinwachter) ou ne pas atteindre le stade adulte, et former ainsi des îlots d'éléments fuso et globo-cellulaires, donnant l'impression d'un *sarcome* type.

Les hémorrhagies interstitielles ne sont pas rares dans l'épaisseur de ces tumeurs. Hofmolk rapporte un cas où la tumeur fut ponctionnée; on ne retira que du sang; après l'ablation, on trouva une cavité sphérique à parois rugueuses, formées de tissus fibro-myomateux. L'auteur décrit ce fait comme un cas d'hématome vrai. Tédénat a rencontré de petits kystes à contenu hématique, renfermant un mélange variable de cristaux de cholestérine et de pigments sanguins. Mais parmi les modifications les plus importantes, il en est une en relation avec la grossesse, qui a fait donner à ces tumeurs le nom de *fibromes télangiectasiques* du vagin (2). Le nombre et le calibre des vaisseaux prennent un développement tel, que la tumeur revêt alors une forme caverneuse, avec des vaisseaux très dilatés et gorgés de sang. La coloration du néoplasme devient bleuâtre, marbrée de taches noires, et sur une coupe, on peut constater les aspects suivants: le tissu périphérique est généralement brun rouge, analogue à un caillot sanguin, macéré dans l'alcool; au centre le tissu est blanchâtre, fibreux, parsemé de lacunes.

Le premier est constitué par des tronçons de fibres musculaires, des foyers hémorrhagiques et en dégénérescence; les fibres

(2) *Boutin*. Thèse de Paris, 1898, n° 384.

lisses sont généralement altérées, leurs noyaux sont peu nets et leur protoplasma fixe mal la matière colorante ; entre elles, on voit un système lacunaire de bandes fibreuses amincies, ou l'on trouve des cellules embryonnaires et des globules de sang ; dans la partie la plus périphérique, presque tous les éléments fibreux et musculaires sont atteints de dégénérescence.

Au centre, on retrouve des faisceaux fibreux très nets, des vaisseaux abondants et dilatés, le plus souvent gorgés de sang et des cellules embryonnaires infiltrées ; certains vaisseaux ectasiés ne présentaient pas, dans l'observation de Guillemet, d'endothélium vasculaire ; ils paraissaient être plutôt des hémorragies interstitielles.

Les changements physiologiques amenés par la grossesse semblent être la raison de cette modification des fibromyomes, restés souvent inaperçus jusque là. En effet, pendant la gestation, de même que l'élément musculaire du vagin prend part à l'hyperthrophie générale du système utérin, de même les vaisseaux de la région subissent un développement énorme, que le doigt peut souvent percevoir (Pouls vaginal d'Osiander) ; de même aussi, les capillaires se dilatent et les veines deviennent variqueuses. On ne s'étonnera donc pas, que certains fibromyomes soient activés dans leur développement, subissent les mêmes modifications que les tissus normaux du vagin, et puissent même se ramollir (Pozzi). Nous verrons plus loin l'importance clinique de ces processus modificateurs des fibromyomes vaginaux.

Symptômes. — La symptomatologie des fibromyomes du vagin doit être, on le conçoit, très variable, suivant le volume, le point d'implantation et la forme anatomique de la tumeur.

Le *début* et quelquefois même la plus grande partie de leur évolution peuvent passer inaperçus de la malade, témoin le cas que nous a communiqué M. le professeur Poirier, où sa cliente vint consulter sur la demande expresse de son mari, qui avait découvert une tumeur vaginale !

Quelquefois, c'est à l'occasion d'un examen génital, pour une toute autre cause, que le fibromyome est diagnostiqué : telle

l'observation de Paquet, qui découvrit la tumeur à l'occasion d'un examen pour une fausse couche, les cas de Guersant (1) Demarquay (2).

Dans d'autres circonstances M^{me} Boivin, Mac Clintock, c'est à l'occasion d'un effort, d'une course, de la station debout prolongée, que la tumeur intra-vaginale et latente, fait irruption à la vulve et se manifeste par des signes effectifs.

Quoiqu'il en soit, à une certaine période de leur évolution, plus ou moins éloignée du début suivant les cas (5 mois à 2-4-6 et 10 ans), les fibromyomes du vagin donnent lieu à une série de symptômes variables.

Symptômes fonctionnels.— Les petits fibromes peuvent passer indéfiniment inaperçus; les gros donnent lieu aux symptômes des corps étrangers non tolérés du vagin.

La *douleur* est rarement très vive; les observations relatent une sensation de gêne, (les malades sentent comme « une masse ») de pesanteur, de tiraillements, de douleurs lombaires; les douleurs peuvent être spontanées ou ne se montrer qu'à l'occasion du coït, du toucher vaginal.

Certaines de ces tumeurs sont particulièrement douloureuses, au point qu'on en a fait une classe à part de *fibromes irritables*.

Tédénat en a observé un cas, où la moindre pression sur la tumeur provoquait des cris et des attaques nerveuses.

Dans les observations de Castelain (3), Espézel (4), Elischer (5), Strassmann, etc., les douleurs de siège varié ont constitué le principal symptôme.

Dans quelques cas rares, on a signalé du *vaginisme*; mais on peut dire que les fibromyomes du vagin sont en général peu douloureux, à moins que leur volume ne soit exagéré, auquel cas des *douleurs de compression* s'ajoutent aux précédentes.

(1) *Guersant*. Moniteur des Hôpitaux, 1854.

(2) *Demarquay*. Gazette des Hôpitaux, 1860.

(3) Bull. méd. du Nord, 1861.

(4) Bull. gén. de thérap. Paris, 1838, p. 299.

(5) *Elischer*. Société impéριο-royale des médecins de Buda-Pest, 12 mai 1892.

Dans d'autres circonstances, les malades viennent consulter pour des *hémorrhagies* (1). En dehors des cas où coexistent des tumeurs fibreuses utérines, l'hémorrhagie est assez souvent constatée. La muqueuse du vagin est le siège de fluxion vasculaire, analogue à celle qu'entretiennent au niveau de la muqueuse utérine, les fibromes de la matrice. La quantité de sang perdu peut être considérable (cas de Smith, de Potel, de Hume); ordinairement elle est de moyenne quantité, et se produit en dehors des règles, qu'on n'aurait trouvé augmentées que dans l'observation de Beigel (2). Dans le cas de Machenhauer (3), la femme avait des hémorrhagies à répétition, auxquelles succédèrent des écoulements purulents. La plupart des auteurs considèrent les pertes de sang, comme provenant d'ulcérations survenues à la surface de la tumeur, quelquefois très vasculaire; sur les 29 cas recueillis par Smith, 24 fois on constata des écoulements sanguins, et 5 fois seulement on eût à faire à des métrorrhagies vraies.

Kleinwachter, pense même que ces tumeurs créent plutôt l'aménorrhée. Il est certain que dans quelques cas, l'hémorrhagie cataméniale peut ne pas se faire à l'extérieur, gênée qu'elle est dans son écoulement par un obstacle obstruant le vagin. Mais en dehors de ces rares cas, nous ne voyons pas comment les fibromyomes du vagin pourraient arrêter les règles !

Des écoulements de nature diverse peuvent aussi se produire, tantôt simple leucorrhée par vaginite concomitante, tantôt écoulement séro-sanguinolent. Mais ce n'est que lorsque la tumeur s'œdématie ou se sphacèle, qu'apparaissent des pertes purulentes et fétides.

. *Troubles urinaires.* Ce symptôme existe presque toujours quand la tumeur fibreuse siège sur la paroi antérieure du va-

(1) A. Donald. Fibroid tumour of the vagina, associated with uterine hæmorrhage. (Medical chron. Manchester, 1888, p. 303.

(2) Beigel. Die Krank. der weibl. Gesel. 1875, p. 590.

(3) Loc. cit.

gin, et surtout dans les cas de *fibromes sous-uréthraux*, sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Quoiqu'il en soit, signalons dès à présent les difficultés de la miction, qui souvent ne se fait qu'au prix de violents efforts, la *pollakyurie* avec dysurie (Greene), l'incontinence (Geuer) (1), des hématuries légères (West.) (2), parfois la rétention d'urine (cas de Greene, de Hume, où l'on fût obligé de pratiquer la ponction de la vessie).

Les troubles de la miction sont d'autant plus précoces que la tumeur s'est développée plus près de la portion supérieure de l'urèthre, au voisinage du col vésical. C'est d'abord l'*incontinence* qui apparaît la première : il est probable, que la vessie irritée par le contact du corps étranger qui l'avoisine, traduit sa sensibilité spéciale à la dilatation, en tendant à se vider plus rapidement, dès qu'elle renferme un peu d'urine.

Après l'incontinence, on peut voir survenir la *rétention*, sous l'influence peut être de phénomènes congestifs et de la compression.

Dans les cas où la tumeur est à la partie inférieure de l'urèthre, dans la cloison uréthro-vaginale les troubles urinaires sont plus tardifs et plus rares. Il faut que l'urèthre soit dévié, comprimé, obstrué, pour que la malade éprouve de la difficulté à évacuer sa vessie ; les mictions ne sont pas plus fréquentes, mais plus laborieuses ; la malade est obligée de pousser, et l'urine sort goutte à goutte, il y a *dysurie*.

Les troubles de la *défécation* existent dans les cas de gros fibromes ; ils sont moins fréquents que les précédents et aussi moins importants.

Quant aux *fonctions génitales*, elles peuvent être considérablement troublées. Nous n'avons trouvé l'impossibilité absolue des rapports sexuels signalée, que dans un très petit nombre de cas (8 observ.) ; mais dans nombre de cas, le *coït* peut être difficile et même douloureux, par suite du volume du fibrome, de sa situation, de son irritabilité spéciale. La *conception* subira

(1) Geuer. Dem. eines scheidenfibroms. Ctbl. f. G. n° 16, 1891.

(2) West. Lehrbuch. der Frauenkrank., 1863, p. 747.

ces diverses influences ; malgré cela la *grossesse* est plutôt fréquente.

Nous devons rechercher à ce propos les influences qu'exercent réciproquement l'un sur l'autre le *fibrome* et la *grossesse*.

Nous savons déjà que la grossesse est capable de faire subir au fibromyome certaines modifications, parmi lesquelles, sa *transformation télangiectasique*, son accroissement rapide (Gremier) son ramollissement œdémateux qui peut entraîner la gangrène de la tumeur. Quant aux effets du fibrome ils peuvent être absolument nuls, comme dans le cas rapporté par Neugebauer, où une femme de 47 ans eut neuf accouchements heureux, malgré l'existence d'une tumeur du vagin, saillant à la vulve. La grossesse évolue presque toujours d'une façon normale, et lorsqu'une complication survient, elle est le résultat de phénomènes infectieux consécutifs à la gangrène du fibrome. On pourra observer alors la mort du fœtus, comme dans le cas de Van Dæveren (1), de Pillore (2), Mac Clintock (3), Porro (4).

Quand la muqueuse vaginale reste saine et que le fibrome ne subit pas de phénomènes de dégénérescence septique, la grossesse évolue sans être en quoi que ce soit influencée, à moins qu'un volume exagéré ou une situation juxta-utérine n'en vienne entraver la marche. C'est ainsi que l'accommodation fœtale peut-être gênée du fait de la compression de l'utérus par la tumeur vaginale, (présentations vicieuses facilitées par la mobilité du fœtus).

Au moment de l'accouchement, la tumeur peut gêner la marche du travail et être une cause sérieuse de dystocie, surtout si elle est volumineuse et fixée, tandis que petite et pédiculée longuement, elle sera à peine gênante. Dans un cas de Pillore, il dut pratiquer l'opération césarienne ; « la tumeur » obstruait complètement l'entrée de la cavité utérine et » était tellement volumineuse et adhérente qu'elle n'avait pu

(1) *Van Dæveren*. Specimen observationum-Groningal, 1763 p. 139.

(2) Loc. cit.

(3) Loc. cit.

(4) *Porro*. Ann de Gynécol., 1876, p. 72.

» être extraite par la voie vaginale ». Dans un cas cité par Virchow (1), « on ne pût extraire le fœtus, qu'au prix d'une déchirure du vagin et d'une fracture de la branche descendante du pubis ; la malade mourut après 4 mois de suppuration ». Gensoul (2) put accoucher une tumeur fibreuse qui gênait la sortie de l'enfant, avec le forceps employé pour ce dernier.

Mais après la délivrance, les suites de couches peuvent se compliquer du sphacèle, soit de la tumeur, soit de son pédicule, soit de la paroi vaginale, sphacèle qui aboutit à l'infection puerpérale, à la fistule vésico-vaginale, et a des troubles vésicaux d'origine septique.

SIGNES OBJECTIFS

A. — *Fibrome unique et sessile*. Le doigt introduit dans le vagin permet de sentir une tumeur ordinairement arrondie, dure, ferme, élastique, ressemblant un peu à une cystocèle ; quelquefois elle est molle, comme cela se voit pour les myomes purs ; il peut apprécier ces différents caractères, le volume du fibrome, qui peut demander à être cherché ou au contraire est senti comblant le canal vaginal, impossible à contourner et à dépasser par le doigt qui veut se rendre compte de la situation de l'utérus.

Ordinairement la tumeur est mobile avec la paroi vaginale, et la muqueuse qui le recouvre est souple, intacte, simplement distendue, à l'encontre de ce qui se passe dans les fibromes pédiculés.

B. — *Fibromatose vaginale ou fibromes multiples*. Dans ces cas exceptionnels, le doigt sent le vagin bourré de petites tumeurs dures, à surface lisse, ordinairement sessiles, et qui remplissent le canal vaginal, sans toutefois l'obstruer complètement.

Le spéculum a beaucoup de peine à être introduit ; il semble que les parois vaginales elles-mêmes ont participé au

(1) Virchow. Krankhafte Geschwulste. III. p. 221.

(2) Gensoul. C. B. Société méd. de Lyon, 1831.

processus pathologique et sont devenues fibreuses en masse dans l'intervalle des tumeurs.

C. — *Fibrome pédiculé*. Il peut rester intra-vaginal, où le doigt percevra nettement son pédicule, et le spéculum appréciera sa situation, son volume, son aspect, tant que son poids ne l'entraîne pas hors la vulve. Alors, il s'agit d'un véritable polype, comme en a observé M. Clintock. L'aspect est à peu près celui du prolapsus utérin complet. Ces polypes sont en général de volume moyen (œuf, pomme), mais ils peuvent devenir énormes. Hastenpflug en a vu pesant jusqu'à 2 livres.

Ces polypes sont les tumeurs les plus sujettes à s'altérer : au début la muqueuse a la coloration normale du vagin, mais elle s'œdématisé, s'épaissit, se cutinise très vite ; des ulcérations à fond lardacé ne tardent pas à apparaître, par suite des frottements et des troubles de vascularisation, laissant suinter un liquide séro-sanguinolent.

D. — *Fibromes sous-uréthraux*. Ces tumeurs, qui ne dépassent pas le volume d'un gros œuf, sont en général indolentes, fermes, élastiques, quelquefois cependant pseudo-fluctuantes. Situées sur le trajet du canal de l'urèthre, elles font saillie dans le vagin, dont la muqueuse glisse facilement sur elles.

Une sonde métallique introduite dans l'urèthre, pendant le toucher vaginal, permet d'apprécier les déviations latérales, l'allongement que la tumeur a pu imprimer au canal, en même temps que les adhérences plus ou moins intimes qu'elle a contractées avec lui, et dont certains auteurs voudraient faire l'indice de l'origine uréthrale du fibrome.

Pronostic. — Si l'on peut intervenir de bonne heure et dans de bonnes conditions d'asepsie, le pronostic des fibromyomes du vagin est ordinairement très favorable. Mais, même dans cette éventualité, il sera différent suivant qu'il y a ou non un pédicule. Si la base d'implantation se fait sur une large surface, l'opération pourra être très laborieuse ; elle ne présentera aucune difficulté, s'il est possible de limiter un pédicule. Il en sera de même du volume des tumeurs, qui, lorsqu'elles

ne sont pas enlevées à temps, produisent des troubles de compression, parmi lesquels la *rétenition d'urine* est des plus sérieux, et sont vouées à peu près sûrement à l'*œdème*, à l'*ulcération*, à la *nécrose* et à des *accidents infectieux*, dont nous avons déjà signalé la gravité surtout pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Nous avons vu combien le pronostic de ces différents états pouvait être assombri par un fibrome vaginal coëxistant. La rectocèle, la cystocèle, les pertes leucorrhéiques sont des accidents communs, et des *hémorrhagies* profuses peuvent mettre les malades en danger (Potel).

Si on ajoute à cela que les fibromyomes peuvent au bout d'un certain temps, variable d'ailleurs, subir la dégénérescence sarcomateuse, se transformant ainsi en tumeur maligne, on comprendra que le pronostic de ces tumeurs n'a que son heure de bénignité.

Lors donc qu'on aura fait le diagnostic de tumeur fibreuse du vagin, il faudra intervenir par un acte opératoire aussi actif et aussi précoce que possible. Nous étudierons cette double question du diagnostic et du traitement des fibromyomes du vagin dans un chapitre d'ensemble.

III. — ENDOTHÉLIOME PRIMITIF.

Nous avons déjà laissé entrevoir, en étudiant l'histogénèse générale, l'existence des endothéliomes du vagin. Cette variété de tumeur, très rare il est vrai, est rangée dans la catégorie des sarcomes par la plupart des traités classiques. Il nous paraît cependant qu'on doive l'en séparer. Malheureusement les connaissances acquises sur l'endothéliome vaginal sont si minimes, qu'il nous sera difficile d'en esquisser un tableau d'ensemble bien net ; nous devons nous borner à l'examen des matériaux existants.

Klien (1) a décrit le premier cas de cette espèce de néoplasie :

(1) Klien. Lymphangioendothélioma cavernosum hæmorrhagicum. Arch. f. Gynæk. Bd. 46, p. 292.

« Il s'agissait d'une femme de 56 ans, chez laquelle on observa
 » une tumeur développée dans le vagin et qui sortait par
 » l'orifice vulvaire, sous forme d'une masse mamelonnée, lisse
 » et mate, rouge en certains points, et en partie recouverte
 » de pus. Cette tumeur était du volume d'une petite pomme.
 » Elle était implantée par un pédicule rond et court sur la
 » paroi latérale gauche du vagin, à la limite du tiers inférieur
 » et du tiers moyen. Une deuxième tumeur pédiculée, présen-
 » tant le même aspect que la précédente, était insérée sur la
 » paroi vaginale postérieure et se dirigeait vers le col utérin.

« L'examen microscopique montra que la tumeur se pré-
 » sentait sous formes de cavités très rapprochées les unes des
 » autres, séparées par des cloisons de tissu conjonctif, et tapis-
 » sées par de grosses cellules ressemblant à des cellules
 » épithéliales aplaties. On voyait aisément que les vaisseaux
 » lymphatiques ou tout au moins leur endothélium était l'ori-
 » gine de cette tumeur, et que l'épithélium pavimenteux du
 » vagin n'était pour rien dans sa constitution.

« Le plus grand nombre des cavités dilatées vues sur la
 » coupe étaient remplies d'un contenu hémorragique ».

Gebhard (1) a ajouté un cas nouveau au précédent. L'auteur eut à examiner un fragment de tumeur appartenant à une petite-fille de 14 ans, et qui avait été étiquetée « adénome du vagin ». Après une série de coupes soigneusement examinées, il vit que ce premier diagnostic n'était pas soutenable, (l'adénome du vagin n'a d'ailleurs et pour cause, jamais été observé).

« Dans une substance fondamentale fibrillaire, on rencontre
 » des alvéoles plus ou moins grands, en partie tapissés, en
 » partie remplis de cellules irrégulières, dont la structure
 » rappelle celle de l'endothéliome. L'aspect de ces alvéoles est
 » d'ailleurs très variable ; parfois, ils sont si rapprochés et si
 » tassés qu'on conçoit l'erreur avec un adénome ; mais à un
 » examen plus attentif, on aperçoit des points où la participa-

(1) C. Gebbart. Pathologische Anatomie der Weiblichen Sexualorgane. Leipzig, 1899, p. 553.

» tion des *vaisseaux lymphatiques* ne fait aucun doute ; les
 » alvéoles se poursuivent en effet dans de petits prolongements
 » recouverts d'une seule rangée de cellules d'aspect endothé-
 » lial et qui présentent tous les caractères des fentes lymphati-
 » ques ».

Gebhard discute ensuite la nature de cette tumeur ; on ne peut admettre qu'il s'agisse de produits glandulaires carcino-mateux, qui pour leur extension auraient choisi les espaces lymphatiques préformés, au lieu de s'étendre en s'infiltrant à travers les tissus voisins ; mais l'adéno-carcinome du vagin est à peu près inconnu ; on ne voit d'ailleurs en aucun point de la préparation de glandes intactes, ayant une tendance à former de l'adéno-carcinome.

Il ne peut pas être non plus question d'un cancroïde né de l'épithélium pavimenteux ; toute la structure de la tumeur plaide contre cette notion ; de plus l'épithélium pavimenteux est resté intact et forme un revêtement continu à la surface de la tumeur. Il est vraisemblable qu'il s'agissait d'un endothéliome né des vaisseaux lymphatiques.

Ce cas se distingue de celui de Klien, par le jeune âge de la malade et l'absence complète d'hémorragies.

Franke (1) rapporte un troisième cas dans sa thèse : « Femme
 » de 35 ans. Au voisinage de l'orifice hyménéal, au milieu de
 » la paroi postérieure du vagin, siégeait une ulcération de la
 » grandeur d'une pièce d'un mark, présentant des bords suré-
 » levés, un fond rouge lardacé et de consistance dure. Le terri-
 » toire infiltré dépassait les limites de l'ulcération, s'étendait
 » surtout vers la gauche, et avait la dimension d'une pièce de
 » 5 francs environ, (1 Thaller). Les ganglions inguinaux étaient
 » indemnes. Ablation. Deux mois après, la malade revient avec
 » une récurrence ; on trouve sur la paroi gauche du rectum, dans
 » la sous-muqueuse, un noyau gros comme une petite noisette,
 » d'où partent de fins tractus, probablement des vaisseaux
 » lymphatiques, se dirigeant en haut et en avant ; un petit
 » noyau néoplasique a envahi la cicatrice.

(1) *Franke. Dissert. Inaug. Berlin, 1888.*

» *L'examen histologique* montre que l'épithélium pavimen-
 » teux du vagin ne prend aucune part à la formation de la
 » tumeur, dont la structure se rapproche de celle des cas pré-
 » cédents. Dans le tissu cellulaire de la sous-muqueuse, on
 » voit des tractus tubuleux, vides ou pleins, d'aspect irrégulier
 » et de directions variées. Ils sont tapissés de cellules poly-
 » morphes, plates, cubiques ou cylindriques ; par places, on
 » reconnaît d'une façon bien évidente que la tumeur est
 » formée par l'*endothélium* des artérioles ; il est même possible
 » de suivre un vaisseau tapissé de son endothélium normal,
 » jusqu'à ce que brusquement il passe dans un des tractus
 » décrits plus haut. »

En résumé, l'Endothélium du vagin se montrerait tantôt chez des femmes à l'époque de la ménopause (50-60 ans), tantôt, mais plus rarement chez de jeunes sujets. La tumeur, variant de la grosseur d'un pois à celle d'une pomme, siège sur la paroi postérieure du vagin, où elle peut être sessile ou pédiculée. Elle est tantôt recouverte par la muqueuse normale, et tantôt le siège d'une ulcération hémorragipare. Elle semble se développer aux dépens de l'endothélium lymphatique ou artériel, et se propage par ces voies.

Il s'agirait d'une tumeur très maligne, qui récidive dans un bref délai après l'opération large.

IV. — SARCOMES PRIMITIFS.

Jusqu'à ces derniers temps le sarcome primitif du vagin était regardé du moins en France, comme étant d'une extrême rareté, et les courtes descriptions qu'en donnaient les traités classiques reposaient sur les cas observés en Allemagne et en Autriche, et rapportés dans le traité de gynécologie de Veit (1) et dans la thèse de Braun (2).

(1) *Veit*. Handbuch der Gynækologie, Bd., I., p. 354, 1897.

(2) *H. Braun*. Ueber die traubenförmiger Sarkome der vagina und der uterus. Inaug. Dissert. Greifswald, 1896.

Avant eux, Kolisko (1), dans un important mémoire, avait étudié les sarcomes polypeux chez les enfants, et en 1894, Pick (2) réunissait 17 cas connus jusqu'à ce jour, et faisait entrevoir les caractères qui séparent ces tumeurs, suivant qu'elles évoluent chez les enfants ou chez les adultes. C'est qu'en effet, comme le fait très bien observer M. le professeur Le Dentu (3) dans la remarquable leçon publiée récemment sur ce sujet, « le sarcome du vagin peut se montrer depuis la » plus tendre enfance jusqu'à l'âge le plus avancé ».

Nous envisagerons donc séparément le sarcome primitif du vagin dans l'enfance et dans l'âge adulte.

SARCOME PRIMITIF DU VAGIN CHEZ LES ENFANTS.

Cette variété de tumeur n'est pas seulement intéressante à étudier, parce qu'elle apparaît à une époque déterminée de la vie, mais aussi et surtout, parce qu'elle se distingue au point de vue clinique et anatomo-pathologique du sarcome de la femme adulte.

Sanger (4), Soltmann (5), Hauser (6), Babès (7), Grønisch, Schuchardt (8), Steinthal (9) ont rapporté des observations, auxquelles manque peut-être le contrôle d'examen histologiques rigoureux, pour la détermination des caractères parfois insolites des sarcomes du vagin chez l'enfant, par rapport au sarcome de l'adulte ; Veit, dans son mémoire, signala 17 cas, dont trois appartenaient à Kolisko.

On peut y ajouter le cas de Huguet, objet d'un rapport de

(1) Kolisko. Das polypöse Sarkom in Kindesalter. *Wien. Klin. Woch.*, 1889, n° 6.

(2) Pick. *Arch. für Gynæk.* 1894, Bd., XLVI, p. 491.

(3) Le Dentu. Les sarcomes du vagin dans l'enfance. *Leçons de clinique chirurgicale*, 1904, p. 470, et *Presse Médicale*, 21 mai 1904.

(4) Sanger. *Arch. f. Gynæk.* Bd., XVI, p. 56.

(5) Soltmann. *Jahresbericht f. Kinderkell.* Bd., XVI, p. 418.

(6) Hauser. *Virch. Arch.* Bd., LXXXVIII, p. 165.

(7) Babès. *Ziemssens spec. Path. und therap.* Bd., XIV, p. 473.

(8) Schuchardt. *Zweiter congr. S. deut. ges. f. gynæk.* Halle, 1888.

(9) Steinthal. *Virch. Arch.* Bd., CXI, p. 449.

Ricard, à la Société de Chirurgie (5 janvier 1897), celui de Braun de Strassmann (1), la très intéressante observation de Piéchaud et Guyot (2), qui fit l'objet de la thèse de Barrère (3), enfin le fait rapporté par Rabé (4), qui est un cas typique de sarcome primitif du vagin chez l'enfant.

L'Étiologie de ces tumeurs est assez incertaine ; ordinairement observé de deux à cinq ans, le sarcome du vagin peut se voir chez des nouveau-nées sans qu'on puisse dire avec certitude qu'il s'agit d'une néoplasie congénitale.

Anatomie Pathologique. — Le sarcome de l'enfance est caractérisé par ce fait, qu'à une certaine période de son développement, il est formé par une tumeur en *grappe de raisin*, « traubiges Sarkom » de Pfannenstiël, ou sarcome polypeux (Kolisko). Dans les stades peu avancés de son évolution, alors que la tendance à la prolifération n'est pas encore très intense il s'agit d'une tumeur unique, implantée sur les parois antérieure et latérale du vagin, plus rarement sur sa paroi postérieure, présentant une surface unie et lisse, une forme de sphère ou de demi-sphère. Elle repose sur une base large, étalée ; et, dès que sa croissance entre en pleine période active et devient rapide, les différents centres de prolifération soulèvent la surface de la tumeur, sous forme de bosselures, qui se pédiculisent de plus en plus, et se séparant des tissus environnants, arrivent à former une tumeur d'aspect très particulier.

Sur une base plus ou moins large, comprenant quelquefois toute l'étendue du vagin, et généralement très fortement infiltrée, reposent des saillies polypiformes qui prennent fréquemment l'aspect de *grains de raisins*, formant de petites saillies demi-sphériques ou longuement pédiculées, ou encore ayant l'aspect de radicules molles et spongieuses (Gebhard).

La forme de ces productions, lorsqu'elles se développent

(1) Strassman. *Centralbl. für Gynæk.* 1899, p. 823.

(2) Piéchaud et Guyot. Congrès de Nantes, 1901.

(3) Barrère. Thèse de Bordeaux, 1901, n° 26.

(4) Rabé. *Arch. de méd. des enfants*, 1902, t. v, p. 584 et *Rev. de Gynécologie*, oct. 1903, n° 5.

librement est généralement ovoïde ; parfois elles sont un peu aplaties. Leur coloration est jaune verdâtre ; elles sont ordinairement translucides, quelquefois opaques et de couleur rouge brun, à cause d'un contenu hémorrhagique. A leur surface, on peut voir un très fin réseau vasculaire.

Si l'on vient à ponctionner un de ces grains polypeux, il s'en écoule un peu de sérosité, sans que pour cela les parois reviennent complètement sur elles-mêmes.

Nous avons déjà signalé ce fait remarquable que ces tumeurs prennent presque sans exception leur point de départ sur la paroi vaginale antérieure. Dans 14 cas rapportés par Pick, neuf fois la tumeur dépendait de la paroi antérieure, deux fois de la paroi vaginale droite, une fois de la gauche et deux fois de la paroi postérieure.

Lorsque le sarcome a atteint une grosseur appréciable, il dilate la lumière du vagin, le remplit en l'amplifiant considérablement et apparaît à la vulve, sous forme d'une masse polypeuse en grappes, véritable fungus à mamelons multiples. Il peut se produire alors un suintement sanieux et purulent, fétide, quoique la tumeur n'ait pas de grandes tendances à s'ulcérer.

En ce qui concerne la propagation de la tumeur, nous devons remarquer que peu après le début de la période d'accroissement rapide, sa base s'élargit, et autour de la masse principale, apparaissent sur toute la muqueuse vaginale des noyaux sarcomateux, d'abord isolés, qui confluent bientôt et forment des amas ayant l'aspect de crêtes de coq.

Lorsque le sarcome a atteint le dôme vaginal, il ne s'arrête pas là ; il peut envahir le col utérin, le canal cervical et même, mais rarement, la cavité utérine. Il peut être difficile alors de préciser le point de départ ? Mais comme on n'a encore jamais signalé de sarcome polypoïde de l'utérus chez l'enfant, et qu'il existe des cas absolument certains (Kolisko), où le point de départ vaginal a été nettement constaté, il est permis de dire que les sarcomes polypoïdes sont tous d'origine vaginale et que les lésions utérines sont secondaires.

Les masses sarcomateuses ont la plus grande tendance à se désagréger et à s'infecter ; nous avons déjà vu qu'après l'issue hors la vulve, il se produit un écoulement sanieux et purulent, qui peut être cause de cystite, voire même de pyélonéphrite ; mais si la tumeur obstrue le vagin et que le pus n'ait pas d'issue, on peut assister à l'évolution d'un pyomètre, même chez les enfants. Les ligaments larges, le paramétrium, les annexes de l'utérus peuvent être pris en même temps que l'appareil lymphatique.

La tumeur s'étend d'abord en surface à tout le vagin ; la couche musculaire un peu plus épaisse offre une résistance plus grande, mais elle ne tarde pas à être envahie et franchie, et alors apparaît une particularité de l'évolution anatomique de ces sarcomes, qui, dans presque tous les cas, s'étendent dans le tissu cellulaire vésico-vaginal, avec tendance à comprimer et à perforer la paroi de la vessie.

Une dilatation vésicale intense avec anurie peut en être la première conséquence.

Si le développement du sarcome vers la vessie est la règle, il est extrêmement rare qu'il envahisse la cloison recto-vaginale. Jusqu'à ces temps derniers, le rectum avait toujours été épargné, lorsque Power (1) publia un cas d'extension dans ce sens.

Les métastases éloignées, si fréquentes dans le sarcome ordinaire, sont ici très rares. Cette tumeur ne paraît faire que des *métastases locales* ; cependant, on a rapporté quelques faits d'envahissement des ganglions ; dans un cas de Kørner (2), il existait des lésions péritonéales, et dans l'observation de Dannie, l'ovaire gauche était transformé en une tumeur de la grosseur d'une orange.

Examen histologique.— Dans l'observation de M. le professeur Le Dentu, nous trouvons une étude histologique détaillée, due à M. Auguste Pettit, ainsi que dans le cas de Rabé. C'est là

(1) Power. Primary sarcoma of the vagina in Children. St-Barth. Hosp. Rep. Bd., 31. p. 120.

(2) Kørner. Inaug. Dissertat. Göttingen, 1892.

seulement que sont décrites, à côté de la tumeur elle-même, les *lésions de la paroi vaginale*. « La plus grande partie en est » formée par du tissu sarcomateux embryonnaire, sans qu'on » puisse voir de cellules différenciées. Les noyaux sont englobés dans une substance fondamentale indivise, renfermant » quelques vaisseaux ; ils sont remarquables par l'irrégularité » de leurs formes, la variabilité de leur volume et leur richesse » en chromatine. Leur taille est comprise entre 7 et 15 μ . ; » mais on en peut voir d'autres, en petit nombre, dont les » dimensions sont colossales (une centaine de μ .). Un grand » nombre de noyaux en voie de division indirecte ; mais » presque toutes les figures karyokinétiques sont anormales : » les chromosomes sont irréguliers et courts, et les asters inégaux ; les filaments achromatiques sont bien développés ».

En d'autres points A. Pettit a pu voir des fibrilles conjonctives plus ou moins épaisses et des noyaux individualisés en éléments à protoplasma, formant des cellules à aspect étoilé par des prolongements, entre lesquels existe une masse muqueuse. On observe en outre quelques grosses cellules irrégulières, à noyaux bourgeonnants ou multiples.

Les capillaires sont larges et limités par un endothélium et des fibres conjonctives.

La paroi vaginale constitue donc une véritable *tumeur sarcomateuse embryonnaire*, avec par places, du tissu myxomateux.

Dans les coupes faites par Rabé, la paroi vaginale, comme les fragments de la tumeur elle-même, présente les caractères typiques du sarcome fuso-cellulaire, développé vraisemblablement aux dépens du chorion de la muqueuse vaginale. C'est un feutrage de cellules fusiformes où à multiples prolongements ; ces cellules, dont quelques unes sont multinuclées, accolées, les unes aux autres, forment des faisceaux ondulés, qui s'entrecroisent sous diverses obliquités et réalisent souvent les images du sarcome alvéolaire. Le tissu néoplasique est sillonné de vaisseaux capillaires et de lacs veineux sans paroi propre, et sur lesquels les cellules du sarcome prennent appui.

Les différents bourgeons sarcomateux sont tapissés à leur face externe par une lame épithéliale à une seule assise de cellules plates, et entre les sillons qui séparent les différentes végétations, l'épithélium reprend le type malpighien normal. Il en est de même dans la profondeur, où le tissu sous-muqueux trahit seulement une suractivité nutritive, sans participer à la dégénérescence néoplasique; on peut y voir des cellules conjonctives normales en voie de prolifération et de l'infiltration leucocytaire. De même des trousseaux de fibres musculaires saines séparent les travées de cellules sarcomateuses.

Quant au *sarcome en grappe* lui-même, les auteurs le décrivent généralement comme globo ou fuso-cellulaire. Dans quelques cas le tissu conjonctif est relativement abondant, et la tumeur est désignée sous le nom de *fibro-sarcome*. Mais il est plus fréquent de voir du *tissu muqueux* remplissant les mailles d'un réseau irrégulier, formé par les prolongements de cellules à cytoplasma faiblement développé; il s'agit là d'un véritable *myxo-sarcome*. Soltmann, Steinthal, Schulster en ont démontré l'existence au moyen de la réaction propre à la mucine. D'autre part, la présence de cellules géantes à noyaux multiples indique qu'il s'agit bien plus de tissu myxomateux que de dégénérescence muqueuse.

Dans le cas rapporté par Ivor Thomas (1), il s'agit d'un myxome pur développé chez une petite fille d'un an et 9 mois.

Dans les végétations en grains de raisins, on a trouvé soit une infiltration œdémateuse, soit un véritable tissu muqueux. Au niveau de leur pédicule, on peut voir une prolifération de cellules fusiformes ou étoilées; quant à la végétation polypeuse prise isolément, elle a la structure caractéristique du myxo-sarcome, et à sa face externe s'étale un épithélium stratifié ordinairement atypique, en raison de l'activité de sa prolifération.

Dans un certain nombre de cas, on a rencontré des fibres musculaires striées (Kolisko) (2), ce qui semble donner un in-

(1) Ivor Thomas. British. Méd. Journ. Hospit. Reports. 1897, p. 1088.

(2) Kolisko. Loco. citato.

térêt particulier à l'histologie de ces tumeurs. Kolisko a émis l'opinion que ces fibres étaient spécifiques du sarcome de l'enfance et va même jusqu'à dire que dans les cas publiés avant lui ces fibres existaient, mais avaient passé inaperçues ! Rien n'est moins prouvé ; la vérification minutieuse des cas antérieurs n'a pas permis de les retrouver, et un certain nombre de cas nouveaux (Le Dentu, Rabé, Piéchaud et Guyot) mentionnent l'absence de ces fibres musculaires.

On peut rencontrer des fibres *musculaires lisses*, dont la teneur est des plus variables ; dans quelques cas, elles formaient une partie importante de la tumeur, au point qu'on était en droit de les étiqueter, *Rhabdomyo-sarcomes* ; d'autres fois, les éléments musculaires n'étaient visibles qu'en de tout petits points de la coupe.

On n'a pas trouvé de tissu cartilagineux dans les sarcomes du vagin de l'enfance, analogue à celui qui a été signalé dans les tumeurs analogues du col utérin, chez l'adulte.

Notons enfin, comme particularités, l'existence d'un véritable tissu caverneux bourré de vaisseaux dans le deuxième cas de Schuchardt, et la présence de cellules épithéliales dans l'observation d'Hauser.

Dans les cas où le col utérin était envahi, l'examen histologique indiquait assez bien l'origine de la lésion. L'épithélium de revêtement et la couche musculaire présentaient une structure normale ; au contraire, la sous-muqueuse montrait par places une abondance de cellules fusiformes groupées autour des vaisseaux capillaires. Cette constatation permet d'admettre que la prolifération atypique a pris naissance aux dépens des éléments conjonctivo-vasculaires de cette zone sous-muqueuse.

Symptomatologie. — Les sarcomes du vagin chez les enfants peuvent rester latents, pendant une assez grande partie de leur période *intravaginale* : la tumeur évolue sur place et ne détermine pas d'abord de troubles importants.

Le premier symptôme observé est fréquemment l'hémorragie vaginale, comme dans les cas de Piéchaud, d'Ivor Thomas.

En principe, il faudra donc se méfier de toutes pertes sanguinolentes par la vulve, chez les petites filles. Dans d'autres circonstances, la tumeur ayant acquis un volume assez considérable se révélera par des *douleurs* dans le bas-ventre, ou bien par une constipation opiniâtre occasionnée par l'effacement de la cavité rectale, ou par des troubles de la miction (fréquences, difficultés dans l'émission des urines, pouvant aller jusqu'à une rétention absolue par compression mécanique du col de la vessie). Dans d'autres cas enfin, rien ne viendra révéler l'existence du néoplasme, jusqu'au moment où il sera chassé hors la vulve et deviendra procident. A ce moment, le doute n'est plus permis; mais ces lésions locales sont malheureusement très avancées, et il est ordinairement trop tard, pour qu'une intervention offre quelques chances de succès.

A la période d'état de la tumeur, qu'elle soit encore intravaginale ou qu'elle soit apparente à la vulve, on peut observer une série de symptômes fonctionnels, physiques ou généraux.

Symptômes fonctionnels. — Les *hémorragies* ne manquent guère, tantôt sous la forme d'un léger suintement sanguinolent, pouvant se prolonger 6 à 8 semaines (Hollaender) (1), tantôt constituant des pertes abondantes qui plongent rapidement la petite malade dans un état extrême d'anémie. D'autres fois, les parois vaginales sont le siège d'un suintement purulent plus ou moins fétide.

Les troubles de la miction, et surtout la *rétention d'urine* amenant une augmentation exagérée du volume du ventre, sont les plus importants et les plus fréquents, nécessitant des cathétérismes répétés (cas de Le Dentu, Rabé, Thomas).

Les phénomènes *rectaux* sont moins importants et passent au second rang.

Les *douleurs* sont aussi souvent signalées; elles apparaissent ordinairement aussi d'une façon tardive et coïncident avec la réplétion et la distension du vagin, ainsi qu'avec la rétention d'urine. Elles siègent dans le bas ventre, dans les aines,

(1) Hollaender. Zeit. f. Geb. med. Gynæk. Bd., xxxiv, p 127.

apparaissent d'une façon intermittente, et disparaissent lorsque la tumeur fait issue au dehors ou est enlevée chirurgicalement.

Symptômes physiques. Lorsque la tumeur est encore intra-vaginale, les différents signes précédents permettant de la soupçonner, le *toucher* vient confirmer son existence. Cette manœuvre est d'ailleurs facilitée chez les enfants, grâce à la distension qu'a subie le vagin par le fait du développement du sarcome.

On sent alors une masse spongieuse, plus ou moins irrégulière, à surface lisse, que le doigt peut contourner, car rarement la tumeur est adhérente à la paroi ; on peut en apprécier le point d'implantation et les limites, qui sont ordinairement assez nettes. Mais il est des cas, où la tumeur est si développée qu'elle peut remplir le bas ventre, remonter vers l'ombilic, grâce à un développement extraordinaire du vagin.

Si dans la plupart des cas, on trouve le conduit vaginal bourré de productions polypeuses, molles, implantées sur une base épaisse, de forme sphérique ou ovalaire, sessiles ou pédiculées, insérées sur une tige commune comme des grains de raisins, il n'en est pas absolument toujours ainsi ; dans le cas qui a servi de base à la thèse de Braun, dans les observations de Strassmann et de M. Le Dentu, la tumeur était homogène et ne présentait pas de dispositions polypeuses.

Lorsque la tumeur s'échappe définitivement par l'orifice vulvaire, souvent après un temps plus ou moins long pendant lequel elle y est apparue d'une façon intermittente, elle se montre sous l'aspect d'une masse charnue, friable, plus ou moins volumineuse, arrondie ou piriforme et se continuant avec une partie de la tumeur restée intra-vaginale. Sa coloration est des plus variables, gris rosée, brune, rouge foncé. La surface du néoplasme est mamelonnée, présentant des masses multiples insérées à un pédicule commun. Ici encore, la tumeur conserve son aspect en « *grains de raisins* » qui, sessiles près de leur point d'implantation, deviennent piriformes et pédiculés en s'en éloignant ; ces grains rappellent par leur consistance et

leur coloration, l'aspect des polypes muqueux des fosses nasales (Rabé).

La tumeur intra ou extra-vaginale est rarement ulcérée.

Pour terminer l'examen, on ira à la recherche du col utérin, rarement accessible, et par le toucher rectal, on pourra se rendre compte de l'envahissement et du volume du néoplasme.

Signes généraux. L'état général des petites malades est rapidement et gravement atteint ; l'appétit disparaît, l'amaigrissement et l'anémie font des progrès rapides.

Évolution et Pronostic. — La marche de la maladie est essentiellement rapide ; la mort est très exceptionnellement la conséquence d'une métastase éloignée, mais bien de l'extension locale de la tumeur et de la cachexie qui en est la conséquence.

La durée est des plus variables, un mois, quatre mois, un an, et six ans dans le cas de Demme.

Le pronostic est d'autant plus grave, que le diagnostic peut être méconnu pendant toute une période de latence symptomatique, où il serait utile d'agir.

La récurrence est d'ailleurs la règle, et à part les deux succès apportés par Wolkmann-Schuchardt et Israël-Holländer, on l'a vu survenir avec une rapidité désespérante au bout de dix jours dans le cas de Rabé, d'un mois chez la petite fille opérée par M. le Pr Le Dentu.

Nous envisagerons plus loin l'importante question du diagnostic et de la thérapeutique de ces sarcomes infantiles.

SARCOME PRIMITIF CHEZ L'ADULTE.

Contrairement à l'utérus, le vagin est rarement le siège de tumeurs malignes primitives, et les *sarcomes* sont tout particulièrement rares chez la femme adulte.

Ces tumeurs se distinguent nettement des sarcomes de l'enfance, tant au point de vue de leurs formes anatomiques que de leur évolution.

Après de très sérieuses recherches, W. J. Good (1) n'a pu relever que douze cas de sarcomes primitifs du vagin chez la femme adulte ; dans les relevés de Veit, on en trouve trente cas se rapportant à des femmes ayant dépassé quinze ans parmi lesquels figurent les 17 cas de Pick ; quand nous y aurons ajouté les observations de G. Gatti (2), de W. Rubeska (3), de Parona, Seyfert, les faits rapportés par Jung, par Polaillon, Alglave et Milian (4), Morestin (5), Hunter, Kobb, Orloff (7), nous aurons à peu près épuisé le bilan de ces tumeurs.

En ce qui concerne l'âge des malades, on pourrait rester quelquefois hésitant pour fixer la catégorie étiologique où peuvent rentrer ces tumeurs. Il est une série de cas, dans lesquels elles présentent tous les caractères des sarcomes de l'adulte, et où la malade se trouve juste à la limite de la deuxième enfance.

Veit signale cinq cas, ayant évolué de quinze à vingt ans, et qui pourraient être considérés comme servant de types de transition entre les tumeurs de l'enfant et celles de l'adulte, en raison de l'âge des sujets ; mais le nombre est trop faible, pour que l'on puisse faire de ces cas une classe particulière de tumeurs.

Le sarcome du vagin peut se montrer jusqu'à l'âge le plus avancé. Veit signale des cas où les femmes, avaient 52, 58, 76 et 82 ans. Dans les 13 observations rapportées par Good, l'âge a été mentionné onze fois : la plus jeune malade avait 18 ans, et la plus âgée 58 ; neuf fois il s'agissait de femmes au-dessous de 40 ans, deux avaient moins de 20 ans, deux étaient entre 20 et 30, et cinq entre 30 et 40, de telle sorte que la maladie semble avoir son maximum de fréquence pendant cette dernière décade. Mais si nous voulions fixer les limites extrêmes

(1) *William J. Good*. St-Bartholemew's Hosp. Rep. 1891, XXVII, p. 97.

(2) *G. Gatti*. Giornale della R. Acad. di Medic. di Torino, juillet 1892, p. 564.

(3) *W. Rubeska*. Centrabl. f. Gynæk., 1^{er} février 1896.

(4) *Alglave et Milian*. Bull. de la Soc. anat. de Paris, novembre 1898, p. 651.

(5) *Morestin*. Bull. Soc. anat., décembre 1900, p. 1045.

(6) *Orloff*. Contribution à l'étude des sarcomes des organes sexuels externes. Vratsh. 1900, 21.

entre lesquelles on l'a observée, nous devrions dire de 15 à 82 ans.

Ces tumeurs s'observeraient plus souvent chez des femmes mariées et ayant eu des enfants. Sur 13 cas, onze femmes étaient mariées et dix avaient déjà fait des couches. (Good). Dans le cas de Morestin, il s'agissait d'une vieille fille de 59 ans.

Deux fois la tumeur a évolué chez des femmes enceintes, sans que l'auteur dise ce qui en est résulté au point de vue de la marche et de la terminaison de la grossesse.

Anatomie pathologique.— Macroscopiquement, le sarcome primitif du vagin de l'adulte peut se montrer sous deux formes, circonscrite et d'infiltration diffuse.

Dans la *forme circonscrite*, la tumeur a l'aspect d'un noyau arrondi, ferme, résistant, ordinairement sessile, mais quelquefois rattaché à la paroi du vagin par un étroit pédicule, sans pour cela se présenter sous forme de polype à l'orifice vulvaire. Elle est le plus souvent unique, mais plusieurs noyaux ont été rencontrés dans quelques cas. Le volume d'une noix représente sa grosseur habituelle, mais elle peut s'accroître très rapidement et arriver au volume d'un œuf de dinde ou d'une tête fœtale.

Au début, la tumeur est recouverte par la muqueuse vaginale tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié intact et qui semble avoir été refoulée par la masse sarcomateuse, dont la surface est légèrement vallonnée ; mais nulle part d'aspect polypeux, à mamelons multiples ou en grappe de raisins, comme chez l'enfant, même après s'être accrue pendant longtemps.

Souvent les sarcomes s'enveloppent d'une capsule conjonctive qui les isolent pendant une période plus ou moins longue.

L'ulcération de leur surface survient plus ou moins tôt, mais toujours sous forme de surfaces sanieuses, avec de nombreux foyers hémorragiques, qui saignent au moindre contact.

Il est intéressant de remarquer que le sarcome de la peau est décrit par Ziégler, comme se présentant sous la forme de tu-

meurs nodulaires, faisant plus ou moins saillie au-dessus de leur surface d'implantation, quelquefois même pédiculées. Elles sont ordinairement uniques, mais dans certaines circonstances, un certain nombre de tumeurs sarcomateuses apparaissent simultanément sur la peau, où à intervalles très rapprochés. Cette courte description du sarcome de la peau ressemble extraordinairement à ce que nous avons dit plus haut à propos de la forme circonscrite du sarcome vaginal.

Ce n'est pas seulement à propos de ces tumeurs, que nous retrouverons des analogies entre les réactions néoplasiques du revêtement cutané et de la paroi vaginale : nous les verrons encore à propos du cancer, qui se développe dans le vagin, comme si cet organe n'était qu'une « peau retournée ».

Dans d'autres cas, qui représentent la seconde variété de cette affection, le sarcome n'affecte pas la forme de tumeur, mais revêt le type anatomo-clinique *d'infiltration diffuse* de la paroi vaginale, pouvant prendre au cours de son développement la forme d'un anneau, obstruant ainsi plus ou moins la lumière du conduit vaginal.

La tumeur primitive siège indifféremment à la paroi antérieure ou à la paroi postérieure, ce qui la distingue encore du sarcome de l'enfance, mais elle affecte d'ordinaire le tiers inférieur du canal vaginal. Nous avons vu que le sarcome se présentait le plus souvent sous forme de tumeur unique ; on a cependant rencontré des cas de tumeurs multiples, sans qu'on puisse aisément distinguer s'il s'agissait de tumeurs métastatiques ou primitives simultanées. Quoiqu'il en soit, les sarcomes de l'adulte restent plus longtemps et même définitivement localisés en un point du vagin, et ce défaut d'extension locale les sépare encore des sarcomes de l'enfance, qui s'étendent facilement et vite, d'abord sur la muqueuse, puis dans la profondeur des parois vaginales.

À l'encontre du cancer, il s'étend rarement aux organes voisins et l'envahissement du rectum et de la vessie sont très rares ; le péritoine pelvien est également respecté. Par contre, les sarcomes de l'adulte peuvent faire des métastases et se

généraliser dans les points les plus éloignés, et il n'est pas rare de trouver des noyaux secondaires dans les poumons, dans la peau, etc...; à ce point de vue, les sarcomes de l'enfant et de l'adulte se séparent encore : dans les premiers, les métastases sont locales, dans les seconds, elles se font à distance.

Examen microscopique. — A ce sujet, rien de bien spécial, qui ne puisse être dit à propos de toute espèce de sarcome. Il s'agit de sarcomes globo ou fuso-cellulaires, où les tractus des cellules fusiformes dessinent un réseau serré, rempli de cellules rondes. L'aspect myxomateux a été noté dans beaucoup de tumeurs, et des cellules géantes ont été rencontrées en certains points des coupes.

On a vu d'autres fois du tissu musculaire strié, qui a pu faire classer les tumeurs ainsi constituées dans le cadre des rhabdomyomes. Seyfert en a rapporté un cas (rhabdomyome myxomateux); mais il semble que ce tissu ne se rencontre que dans certaines tumeurs développées à un âge assez rapproché de l'enfance, dans les sarcomes que certains auteurs ont voulu voir comme étant des formes de transition; il s'agissait ordinairement de jeunes filles de 15 à 17 ans. Quoiqu'il en soit, on ne doit peut-être pas rejeter l'idée qu'il s'agisse ici de sarcomes appartenant à l'enfance, et n'ayant pris leur développement et leur activité qu'à l'âge de la puberté, au moment où les modifications physiologiques dans la sphère génitale peuvent devenir les raisons de l'évolution rapide d'une néoplasie restée jusque là latente.

Remarquons maintenant que ces tumeurs chez l'adulte sont caractérisées par un développement vasculaire excessif, et que les ectasies vasculaires et les hémorragies interstitielles y sont de règle. Par transformation du pigment sanguin, le tissu de la tumeur prend une coloration noirâtre, qui rend possible l'idée qu'on a à faire à un mélando-sarcome. Cette pigmentation rencontrée fréquemment ne peut faire classer ces tumeurs dans le groupe des tumeurs mélaniques; il s'agirait simplement de sarcomes *pigmentés*. M. Cornil a fait ob-

server, à propos du cas de Morestin, que ces teintes sombres, ces pigmentations du tissu néoplasique se produisent assez facilement dans les tumeurs de cet ordre, développées dans l'appareil génital féminin.

Cependant trois cas authentiques de mélando-sarcomes existaient dans la littérature : ils appartiennent à Horn (1), Münz (2) et à Parona (3).

L'abondance des vaisseaux, les capillaires de nouvelle formation qu'on trouve dans ces tumeurs, expliquent bien la confluence des petits foyers hémorragiques. La coupe a l'aspect du tissu caverneux et la coloration du tissu de la rate ; certains auteurs ont voulu classer ces tumeurs à développement vasculaire considérable et qui avaient été la cause d'hémorragies abondantes, dans la catégorie des *sarcomes angioplastiques et télangiectasiques*. A l'examen d'une coupe, on peut voir une multitude de cavités vides ou remplies de sang, ovalaires ou allongées, paraissant dépourvues de paroi propre et comme creusées dans la tumeur, ou présentant en quelques endroits une petite bordure endothéliale ; elles sont accompagnées d'infarctus cellulaires et d'une infiltration générale de cellules.

La dilatation des vaisseaux néoformés est parfois si considérable, que certains d'entre eux paraissent quelquefois avoir éclaté et laissé leur contenu se déverser à la surface ; en d'autres points les vaisseaux sont si nombreux qu'on dirait un tissu caverneux.

Dans leur intérieur, comme aussi dans l'épaisseur des caillots sanguins, on peut voir une quantité énorme de leucocytes polynucléaires et des lymphocytes, qui se retrouvent dans le tissu même de la tumeur, à côté des cellules sarcomateuses.

S'agit-il vraiment de sarcomes angioplastiques ? Les cas en sont rares : Veit n'en cite que deux sur 30 observations de sar-

(1) Horn. Zur Kenntniss primärer Scheidensarkome bei Erwachsenen. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd., 4, p. 409.

(2) Münz. Der Frauenarzt, 1893.

(3) Parona. Ann. univ. méd., chir. Milano, 1887, p. 241.

comes du vagin chez l'adulte ; Franke, Jung en ont rapporté chacun un cas ; la malade de Polaillon aurait été atteinte de sarcome télangiectasique du vagin ; quant au cas de Schwartz (1), que les auteurs ont reproduit comme un exemple typique de cette variété ; il doit en être complètement séparé. R. Marie, après un premier examen histologique, l'avait étiqueté sarcome angioplastique, à cause des dilatations vasculaires et des néoformations capillaires abondantes ; mais après une nouvelle et récente série d'examens, il y a découvert des éléments qui imposent pour cette tumeur le diagnostic de chorio-épithéliome du vagin. Nous y reviendrons plus loin. N'en serait-il pas ainsi pour grand nombre des tumeurs angio-sarcomateuses, dont le diagnostic est d'ailleurs des plus délicats ?

Il en est de même pour les cas de fibro-sarcomes, dus à la dégénérescence d'un fibrome du vagin ; cette forme n'est pas facile à diagnostiquer, quand la dégénérescence sarcomateuse est avancée ; il faudrait pour cela la saisir à ses débuts par l'examen histologique. Dans une observation de Caruso, le diagnostic microscopique lui-même était des plus difficiles ; la tumeur avait suivant les endroits les caractères du fibro-sarcome réticulaire ou de l'endothélium lymphatique ou du lympho-angio-sarcome plexiforme.

L'examen demandera d'autant plus de soins, que nous n'ignorons pas qu'il est possible, même anatomiquement, de confondre un sarcome avec une tumeur fibreuse enflammée (2), constituée par du tissu embryonnaire.

Étude clinique. — Les symptômes les plus précoces notés dans la plupart des observations sont les *hémorragies*, ou la sortie de la tumeur par l'orifice vaginal ; la fréquence de cette dernière se comprend par ce fait, que la tumeur est située presque invariablement sur le tiers inférieur de la paroi vaginale.

Les hémorrhagies peuvent être très variables ; tantôt,

(1) Schwartz. Société d'obst. de Gynéc. et de pédiatrie, 6 juillet 1900.

(2) Kaschewarowa. Virchow's Archiv. t. LIV, p. 73, et Spiegelberg. Zur den Sarkomen der uterus und der Scheide. Arch. f. Gyn. t. IV, p. 344.

mais rarement, elles sont en petit nombre, de faible abondance et de courte durée (Morestin), tantôt, au contraire, il s'agit d'hémorragies profuses, souvent mortelles, par leur répétition et par leur abondance (cas de Polaillon, de Langton (1), Steinthal (2), Simmons (3), Kalustow (4). D'autres fois, comme dans le cancer, il se produit un écoulement ichoreux, sanguinolent, fétide, ou c'est simplement un liquide séro-gommeux, empesant le linge.

La douleur n'est pas un symptôme fréquent ; en tous les cas, elle se montre rarement dans les stades de début. Les troubles du côté de la vessie et du rectum sont généralement peu accentués, sauf dans les derniers temps, ou quand la tumeur acquiert rapidement un volume inquiétant.

Nous n'insisterons pas sur les caractères physiques de ces sarcomes, que nous avons suffisamment indiqués au chapitre précédent. Variant du volume d'une noix à celui d'une pomme ou d'un gros œuf, la tumeur est ordinairement dure et ferme, à moins que l'élément myxomateux ne lui donne une mollesse particulière. La muqueuse qui la recouvre est de coloration rosée, violacée ou noirâtre ; elle est souvent le siège d'une ulcération couverte de détritits sphacéliques et facilement saignante. Le doigt introduit dans le vagin se rend compte de ces différents caractères, en même temps que de la forme, du siège, du volume, du point d'attache et des connexions de la néoplasie avec la muqueuse, les parois rectale et vésicale. Il n'est pas rare que le toucher vaginal provoque des douleurs assez vives, que la malade ne ressentait pas spontanément.

L'examen au spéculum, souvent fort délicat et difficile, ou à l'aide de petits écarteurs, le toucher rectal et l'introduction d'une sonde dans l'urèthre permettront de compléter les renseignements cliniques.

(1) Langton. In W. J. Good. Loco citato.

(2) Steinthal. Virchow's Archiv. Bd. III.

(3) Simmons. Trans. of Soc. Edinburgh, 1885, p. 205.

(4) Kalustow. Arch. für Gynäkol. Bd. 40, p. 499.

Quand le sarcome fait saillie hors la vulve, il donne l'impression d'un polype plus ou moins sphacélé. Il peut être atteint de gangrène par oblitération des vaisseaux du pédicule et déterminer d'abondantes hémorragies (Siemens). Les sarcomes dits angioplastiques ou télangiectasiques présenteraient ceci de spécial, qu'ils se développeraient surtout chez des femmes jeunes, donneraient particulièrement lieu à des hémorragies très abondantes, et se sphacéleraient rapidement, ouvrant ainsi une large voie à l'infection locale.

Evolution et pronostic. — L'allure clinique ressemble parfois à s'y méprendre à celle d'un fibro-myome vaginal ; mais en général les sarcomes primitifs s'accroissent plus vite, et surtout récidivent d'une manière désespérante après l'ablation. A part le cas de Rubeska, qui a observé une survie de onze ans sans récurrence et celui de Spiegelberg (1), où la récurrence ne survint qu'après quatre années, la tumeur refait son apparition au bout de quelques semaines à un mois, quatre mois (Baiardi), ou dix mois. Plusieurs opérations peuvent être tentées et on assiste à autant de récurrences ; celles-ci se font toujours *in situ* ; mais des *tumeurs secondaires* peuvent être rencontrées au niveau des poumons, des plèvres, des ganglions lymphatiques, de la peau, des os du bassin, de la cavité péritonéale. La durée de la maladie depuis l'apparition des premiers symptômes semblent varier entre six semaines à deux ans. Les hémorragies profuses sont une des causes de mort les plus fréquentes ; l'infection et la cachexie progressive sont souvent notées comme accidents terminaux. On peut observer dans certains de ces cas, un véritable état typhique, avec anémie extrême, douleurs, fièvre, le thermomètre montant jusqu'à 40°. Il s'agit là de sarcomes à marche et à généralisation très rapide.

Il va sans dire, que le développement de tumeurs secondaires dans le système pleuro-pulmonaire peut être la raison d'une terminaison fatale à bref délai.

(1) Spiegelberg. Arch.f.Gynækol. Band iv.

Le sarcome vaginal de l'adulte, quoique différent dans sa forme anatomique et clinique de celui de l'enfance, n'offre pas une moindre gravité ; nous verrons que les succès thérapeutiques ne sont guère plus aisés à obtenir dans le premier cas que dans le second.

V. — CANCER PRIMITIF.

Nous étudierons ici sous ce terme générique, synonyme de tumeur maligne, les tumeurs épithéliales, auxquelles il est ordinairement adapté, tout en faisant remarquer que le sarcome et l'endothéliome de nature conjunctivo-vasculaire doivent rentrer dans la classe des tumeurs malignes et par conséquent des cancers.

Si on remonte assez loin dans les annales scientifiques, on peut retrouver un cas de Morgagni (1), qui ne signale pas cependant si la tumeur était primitive aux lésions connexes de la vessie et de l'utérus. C'est à Cruveilhier (2) que semble dû le premier cas typique de cette affection, dont il donne une courte description anatomo-pathologique. Lisfranc (3), Chassaignac (4), Ch. Masson (5) et Nélaton (6) en ont publié des cas indiscutables.

Après le travail de Boudet (1875), qui est la première étude française sur ce sujet, et dans laquelle l'auteur analyse et critique les 19 cas rassemblés par Ch. West (7), Rondot (8) fait paraître une excellente revue d'ensemble sur le cancer de la vulve et du vagin.

En 1876, paraît en Allemagne le mémoire de Küstner (9)

(1) *Morgagni*. De sedibus et causis morborum xxxix.

(2) *Cruveilhier*. Bulletins de la Soc. Anat., 1827.

(3) *Lisfranc*. Cliniques chirurgicales de la Pitié, t. II.

(4) *Chassaignac*. Gazette des Hôpitaux, 1844.

(5) *Ch. Masson*. idem.

(6) *Nélaton*. Gazette des Hôpitaux, 1850.

(7) *Ch. West*. Leçons sur les maladies des femmes, 1870, p. 777.

(8) *Rondot*. Gazette hebdomadaire, 1875, n° 14, 15, 16.

(9) *Küstner*. Arch. für Gynæk, 1876. Bd. IX, p. 279.

qui rapporte 22 cas avec deux observations personnelles. On voit ensuite éclore une série de faits nouveaux, dus à Brückner (1881), Hirsch (1883), Breeky (1886), Guder (1889), Hecht (1891), etc.

Les articles des dictionnaires consacrent peu au cancer primitif du vagin, que les traités classiques (Pozzi, Labadie-Lagrave et Legueu, Schroöder, H. Martin, de Sinéty, Hegar et Kaltenbach), envisagent surtout au point de vue opératoire.

Les thèses de Bernard (1895) et de Bonnefous (1902), sont les monographies les plus récentes parues en France sur ce sujet.

En Allemagne, de nombreuses observations ont été publiées dans ces dernières années, pour servir surtout à l'étude du traitement chirurgical.

Etiologie.— L'Epithélioma primitif du vagin est une affection rare, surtout par rapport à la fréquence du cancer de l'utérus. Il ressort cependant de l'examen des statistiques, qu'un plus grand nombre de cas ont été observés depuis une vingtaine d'années ; c'est ainsi qu'avant 1860, on ne retrouve guère que quinze faits authentiques, deux de 1860 à 1871, trente-huit de 1871 à 1880, vingt-et-un de cette dernière date à 1887 et vingt-neuf de 1888 à 1905.

Un relevé de la fréquence du cancer vaginal primitif au point de vue géographique, donne par ordre décroissant, l'Allemagne, l'Angleterre, l'Amérique; la France, la Russie, l'Italie.

Si les diverses statistiques sont variables sur le pourcentage de ces tumeurs, il n'en ressort pas moins que celles-ci sont d'une grande rareté ; les chiffres de 0,06 à 3 % sont les plus souvent rapportés.

Sur 5.344 malades atteintes de cancers des organes génitaux, les relevés de la clinique de Vienne (1892-93) donnent 15 cas de cancers primitifs du vagin, soit 0,22 %.

Martin ne l'a observé que 4 fois sur 5.000 malades, soit 0,08 %.

De 1875 à 1891, 38 cas ont été observés à la clinique gynécologique de Prague sur 8.981 génitales, soit 0,42 %.

Hofmeier donne un pourcentage de 0,11 %, d'après les statistiques faites à la clinique de Berlin, sur 10.000 malades.

D'après Schwarze, qui a observé 84 cas de cancer vaginal primitif sur 35.807 femmes soignées à la clinique de Berlin, la fréquence serait un peu plus grande, 0,24 %.

Ræhde trouve 0,06 %, et Gurlt 0,19 % : sur 59.600 malades mortes à Vienne de 1855 à 1878, 114 auraient succombé à l'affection qui nous occupe.

D'après Beigel, sur 8.287 cas de mort par cancer, pris dans les listes de mortalité de Paris, il n'y en aurait que 14 dus au carcinome primitif du vagin, soit 0,16 %.

Lapschin trouve également 14 cas sur 726 femmes atteintes de cancer, soit 1,9 % ; et Meyer en rapporte 8 sur 226 femmes mortes à la suite de cancer, soit 3 %.

Les relevés du service de Pozzi pour l'année 1894 n'en signalent que 2 cas sur 475 affections génitales cancéreuses, ce qui donne une proportion de 0,42 %.

Pinna Pintor n'en a observé que 10 cas sur 999 malades traitées par lui à l'hôpital Maria Victoria de Turin.

Wagner (1) et Küstner (2) pensent que ces tumeurs seraient moins rares qu'on ne le pense, et que beaucoup sont méconnues, parce que ayant envahi le col, elles sont prises pour des épithéliomas primitifs de l'utérus. Il est vrai qu'un petit épithélioma du vagin peut se propager à l'utérus et y prendre des proportions telles que le cancer utérin tient la première place.

West croit aussi qu'on a beaucoup exagéré la rareté du cancer primitif du vagin, et à l'appui de son opinion, il cite 19 observations personnelles.

Il n'en reste pas moins vrai que cette rareté est tout à fait remarquable, quand on la compare à la fréquence du cancer de l'utérus, dont la proportion serait de 18 à 31 % des autres cancers.

D'après Friedl (3), qui se base sur les statistiques des poli-

(1) *Wagner*, *Der Gebärmutterkrebs*. Leipzig 1858.

(2) *Küstner*. — *Arch. für Gynäk.* Bd ix. 1876. p. 279.

(3) *Friedl*. — *Wiener Klin. W.* n° 3 (1896). (Casuist).

cliniques de Vienne et de Prague, on observerait en moyenne un cancer vaginal pour 63 cancers utérins.

Dans les chiffres de Gurlt, on voit 3449 cancers utérins sur 59.659 malades, ce qui donne un pourcentage de 5,78 contre 0,49 de cancers du vagin.

G. Schwarze sur 35.807 cas signale 1.147 cancers de l'utérus, soit 3,3 % contre 0,24 de cancers du vagin.

Sur les 475 malades du service de M. Pozzi, on trouve 29 cancers utérins, soit 6,10 %, contre 0,42 de cancer vaginal primitif.

Si on condense les statistiques des différents auteurs, on trouve sur cent cas d'affections génitales, 0,14 % de cancers primitifs du vagin, comparativement à 5,61 % de cancers de l'utérus.

Quelles sont les causes de cette rareté du carcinome primitif du vagin. La réponse est difficile ! Serait-ce l'absence de glandes dans la muqueuse vaginale, la kératinisation et la desquamation dont son épithélium pavimenteux est constamment le siège, comme le pense Zizold (1) ? Serait-ce la rareté des traumatismes obstétricaux ou autres ? Røhde (2) croit aussi que la rareté relative de cette affection tient à la structure de la muqueuse vaginale analogue à la peau, à l'absence de glandes, et au renouvellement fréquent de l'épithélium. Mais nous sommes ici dans le domaine de l'hypothèse !

AGE. — Suivant la règle générale, le cancer primitif du vagin se rencontre surtout chez des femmes d'un âge avancé ; c'est entre 30 et 60 ans qu'il est le plus souvent observé, avec un maximum entre 30 et 40 ans, Fedoroff (3). Cette tumeur a été cependant rencontrée chez des femmes jeunes et même chez des petites filles. La plus jeune malade n'avait que 14 mois, Smith. Breisky (4) en a vu un cas chez une enfant

(1) Zizold. Münch. med. Wochensch., 1889.

(2) Røhde. Das primære carcinom der vagina. In. dissert. Halle, 1897.

(3) Fedoroff. Cancers primitifs du vagin. Journ. d'accouch. et de Gynéc. de St-Petersbourg, mars 1888, n° 3.

(4) Breisky. Die Krankenh. der vagina. Billroth's Handbuch, S. 151.

de deux ans, Guersant chez une fillette de 3 ans 1/2, et Jahnowsky a décrit une tumeur carcinomateuse du volume d'un œuf de poule, siégeant sur la paroi vaginale postérieure, chez une petite de fille de 9 ans.

Des observations existent, où le cancer apparaît vers la vingtième année; ce sont les cas de Odebrecht (1) et de Derselbe (2), qui ont vu cette affection, l'un chez une femme de 28 ans, l'autre chez une malade âgée de 26 ans. Gebhard a vu un cancer primitif très étendu des parois postérieure et antérieure du vagin, sur une femme de 28 ans, chez laquelle les premiers symptômes, douleurs cruciales et hémorragies, étaient apparus à l'âge de 25 ans.

Ces observations de cancers vaginaux chez les enfants et les femmes jeunes sont extrêmement rares, et ne viennent en rien confirmer l'opinion de Fritsch (3), pour qui le cancer primitif du vagin affecterait surtout les femmes jeunes, se distinguant en cela du carcinome de l'utérus.

L'âge le plus avancé, où l'on ait observé l'épithélioma vaginal est 66 ans. (2 cas).

L'examen de 46 observations, dont 22 appartenant à Küstner et 24 à Fedoroff, donne les résultats suivants :

De	1 an à 10 ans	—	3 cas
»	11 ans » 20	»	— 3 »
»	21 » » 30	»	— 6 »
»	31 » » 40	»	— 18 »
»	41 » » 50	»	— 5 »
»	51 » » 60	»	— 9 »
»	61 » » 66	»	— 2 »

Les 19 cas de West se répartissent ainsi :

De	35 à 50 ans	—	7 cas
»	50 » 66	»	— 12 »

(1) *Odebrecht*. Ein primäres Scheidencarcinom bei einem 28 jährigen Mädchen. Centr. f. Gyn. 1896. p. 300.

(2) *Derselbe*. Cancer of the vagina at the Age of 26. Liverpool Méd. Chir. Journ. 1891.

(3) *Fritsch*. Klinik der Gebartsh. — Operationen. — 1894.

En résumé sur 65 observations, on obtient :

De 1 an à 30 ans — 12 cas

» 31 ans » 50 » — 30 »

» 51 » » 66 » — 23 »

65 cas

Brücker (1) dans une statistique de 26 cas arrive aux mêmes conclusions.

HÉRÉDITÉ. — Le rôle de ce facteur est des plus suspects : dans la plupart des observations, l'hérédité ne paraît pas devoir être mise en cause, sauf dans les cas de Küstner, de M. le professeur Pozzi, et de F. Bernard. Rohde ne lui attribue aucune influence.

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS. — Ici, les avis sont partagés. D'après les auteurs allemands, Küstner, Brücker, Schwarze, la grossesse et les accouchements ne pourraient être envisagés comme facteur étiologique du carcinome vaginal.

Sur treize cas de Küstner, six se rapportent à des nullipares. West est d'une autre opinion, et admet l'influence prédisposante des grossesses répétées, pendant lesquelles les tissus du vagin prennent part aux modifications vitales dont l'utérus est le siège.

Dans la statistique de Fédoroff, on trouve : 10 cas de cancer du vagin chez des nullipares, 4 cas chez des femmes ayant fait des avortements et 37 cas après l'accouchement.

Sur 40 observations réunies par Bernard, 30, les $\frac{3}{4}$ appartiennent à des femmes ayant eu des enfants, 10 à des nullipares.

Dans plusieurs cas, la tumeur s'est révélée au cours de la grossesse, sans qu'il soit possible de savoir si elle était antérieure à la fécondation, ou si elle s'était développée depuis.

Quoiqu'il en soit, la grossesse paraît exercer une influence fâcheuse sur le développement du néoplasme, et le pronostic en est aggravé par les accidents capables de survenir au moment de l'accouchement.

CAUSES OCCASIONNELLES. — Les excès de coït, la masturbation,

(1) Brücker. — Zeitschr. f. Geb. und Gyn. t. VI. p. 110. 1881.

ne semblent pas pouvoir être incriminés dans la production du cancer vaginal primitif, non plus que les interventions antérieures pratiquées sur le vagin, et qui sont signalées par certains auteurs.

Il en est tout autrement des *irritations chroniques*, qui jouent un rôle incontestable dans l'apparition de la maladie ; c'est ainsi que nous connaissons un certain nombre de faits où le carcinome s'est développé au niveau du point d'application d'un pessaire. Klob rapporte un cas de Morgagni, dans lequel l'application d'un anneau de bois avait amené des lésions qui paraissaient de mauvaise nature (1).

Hégar a observé deux noyaux de cancroïde au niveau des points comprimés par un pessaire de Hodges, chez une femme de 50 ans. « Il s'agissait bien là, dit l'auteur, d'une tumeur » maligne, car la récidive se fit rapidement dans les lymphatiques voisins et dans les organes abdominaux, et la mort » survint en quelques semaines ». (2)

Une intéressante observation de cette nature est rapportée par Schmidt (3) : « Exactement au niveau du point où pendant 15 mois avait porté un pessaire de Mayer, existait une » petite tumeur lisse, lobulée, à la partie superficielle de laquelle on pouvait voir, sous forme de rigole exulcérée, » l'empreinte du pessaire ».

Gebhard a vu un cancer du vagin chez une femme de 75 ans, qui avait porté un pessaire, pour soutenir un prolapsus apparu douze ans auparavant.

Signalons encore les cas analogue de Winckel, chez une femme qui portait un pessaire de Zwancke, de Déleviéleuse, Schwarze, Von Herff, Meyer, qui compare ces cancroïdes aux chancres des fumeurs de brûle-gueule, et le cas récent de Maly (4). Notre excellent ami, le Dr S. Banzet nous a commu-

(1) Klob. Path. anat. der weibl. sexualorgane. Wien. 1864.

(2) Hégar. Gynécol. opératoire.

(3) Schmidt. Zur Kasuistik der primären carcinom der vagina. Centrall. f. Gyn., 1892, p. 36.

(4) Maly. Centralb. f. Gynæk. 1903, n° 27, p. 828.

niqué une intéressante observation d'épithélioma vaginal développé au niveau d'un pessaire.

Ce serait là un exemple du rôle de l'irritation mécanique dans la production des néoplasmes.

Si l'on songe combien forte est l'impression produite par un pessaire longtemps porté, qui s'accompagne d'érosions multiples, d'excroissances papillomateuses, on peut comprendre que l'épithélium vaginal réagisse contre l'excitation irritative, en formant du cancer.

Küstner, au moment où parût son mémoire, ne connaissait que le cas de Hégar, et s'étonnait de cette rareté (1 cas sur 24) ; la question paraît plus facile à juger aujourd'hui.

Par contre, les *prolapsus du vagin*, où la muqueuse est sujette à tant de traumatismes et d'irritations, sont rarement la cause d'épithélioma.

Ghiari l'aurait observé deux fois chez des prolabées, de même, Linke (2 cas) (1), V. Schmidt (2), Zizold (3), Pchelin à Saint-Petersbourg, et Rhode (4) en ont rapporté dès faits non douteux. Gebhard complète cette courte liste, par une observation de la clinique gynécologique de Berlin et figurée dans son « *Pathologische Anatomie der Weiblichen Sexualorgane*. Leipzig, 1899 ».

Il nous reste maintenant à dire un mot du rôle de la *leucoplasie vaginale* dans la production du cancer.

Les liens qui rattachent la leucoplasie à l'épithélioma ont été à maintes reprises mis en évidence, de même que l'étroite analogie qui unit les cas de leucoplasie vaginale aux leucoké-ratoses buccales, Leloir, Jouin (5) (1882), Reclus et Bex (6)

(1) Linke. Zwei Falle von primarem carcinom der prolabierten vagina. Inaug. Dissert. Iéna, 1893.

(2) V. Schmidt. Ein Fall von carcinoma vaginae cum prolapsu. Hygiea. Bd. 57. p. 555.

(3) Zizold. Münch. Med. Wochenschr. 1889, p. 89-110.

(4) Rhode. Loc. cit.

(5) Jouin. France Médicale, 1882, t. 1, p. 673.

(6) Reclus et Bex. Gazette hebdomadaire, 1887, p. 420. — Thèse de Bex. Paris. 1887.

(1887), Eugène Monod (1), Le Dentu (2), Pichevin et Pettit (3), de Puiffe de Magondeau (4).

Ces divers auteurs, entre autres Leloir, ont insisté sur la dégénérescence cancéreuse de la plaque leucoplasique ; la plupart considèrent l'épithélioma comme un simple accident de l'évolution de la leucoplasie, conséquence d'une prédisposition acquise ou héréditaire de l'organisme à engendrer de l'épithélioma, et favorisée par une irritation localisée en un point de la plaque.

Cette théorie, jadis soutenue par Trélat, a été reprise par Leloir (5), à propos de la leucoplasie buccale ; cet auteur, se basant sur ses recherches histologiques, soutenait que la leucokératose étant caractérisée par l'hyperkératinisation, les fissures et l'épithélioma consécutif n'apparaissent que là où il y a eu dékératinisation. Le développement de l'épithélioma implique donc un travail préparatoire inverse de celui qui représente la caractéristique de la leucoplasie, et celui-ci ne peut être considéré que comme un accident et non comme une phase normale de la maladie.

Comme le faisait remarquer déjà M. le Professeur Le Dentu, en 1896, il est excessif de n'admettre qu'un accident, là où l'on observe une parfaite filiation anatomique entre les lésions initiales et celles qui caractérisent la transformation carcinomateuse. Les recherches de Pichevin et Pettit, faites dans le laboratoire de M. Le Dentu, ont révélé un fait important : on a trouvé des globes épidermiques au milieu des cellules épithéliales hyperkératinisées, et se substituant à elles.

L'irritation pure et simple ne suffit donc pas ; l'épithéliomatose n'est presque jamais observée à la suite des vaginites, des syphilides, des tuberculoses vaginales ; « la forme idiopa-

(1) *Eug. Monod*. Leucoplasie vulvo-vaginale et cancroïde. C. R. du Congrès de gynécol. de Bordeaux, 1895, p. 368.

(2) *Le Dentu*. Des rapports de la leucokératose avec l'épithélioma. *Revue de Chirurgie*. Décembre 1896, p. 921.

(3) *Pichevin et Pettit*. *Semaine Gynécologique*, 1897, p. 257 et suiv.

(4) *De Puiffe de Magondeau*. Thèse de Paris, 1897.

(5) *Leloir*. *Archives de Physiologie*, 1887, p. 86-100.

» thique de la leucoplasie serait celle qui aboutirait le plus
 » souvent à l'épithélioma ; il faut de plus, le trouble de la
 » fonction épithéliale (E. Besnier) qui amène l'hyperkératose,
 » et l'irritation qui fissure les couches épaissies, provoque
 » l'hypertrophie papillaire, la migration des cellules embryon-
 » naires et les infiltrations de cylindres épithéliaux. C'est ce
 » même trouble qui détermine la formation de globes épider-
 » miques en pleine plaque leucoplasique ». Le Dentu.

Cette conception est en rapport avec un travail de Hallé (1)
 « sur les leucoplasies et cancroïdes dans l'appareil urinaire »,
 où il montre que le revêtement leucoplasique, malgré ses analogies avec la constitution de l'épiderme cutané, présente des caractères d'épaisseur, d'abondante desquamation, avec des formations interpapillaires profondes, où les cellules présentent l'évolution épidermique, qui éveillent l'idée de prolifération atypique et font penser au néoplasme.

Il semble rationnel d'admettre que la dégénérescence cancéreuse est un stade ultime de l'évolution de la leucoplasie vaginale. Les observations ont montré, en effet, sur les plaques les plus jeunes, des lésions de nature leucoplasique simple, et sur les plaques parvenues à un stade plus avancé, des noyaux épithéliomateux au sein même des éléments hyperkératinisés.

Leucoplasie et cancer ne seraient que deux stades évolutifs d'un même processus pathologique : « la première ne serait qu'un épithélioma *en puissance* quand elle n'est pas déjà un épithélioma effectif.

Nous ne dirons rien des *causes déterminantes* du cancer primitif du vagin, que les théories émises pour expliquer le développement du cancer ont laissé jusqu'à présent purement hypothétiques : irritation, germes embryonnaires, parasites sont encore à démontrer. Peut-être que les recherches poursuivies de nos jours sur la bactériologie du cancer feront la lumière sur cette importante question ??

(1) N. Hallé. Annales des maladies des organes génitaux. Juin et juillet 1895 p. 612.

Anatomie pathologique. — Déjà Cruveilhier avait fait remarquer que la *paroi postérieure* du vagin est presque toujours atteinte dans le cancer primitif, contrairement à ce qu'on observe pour le cancer secondaire, qui envahit de préférence la *paroi antérieure*.

Cette donnée a été confirmée par toutes les statistiques.

Les 66 cas rapportés par Féodoroff se répartissent ainsi :

Paroi postérieure.....	31 fois
Parois postérieure et antérieure.	12 »
Paroi antérieure.....	5 »
Paroi latérale.....	4 »
Cancer annulaire.....	9 »
Culs- le-sac.....	1 »
Total.....	66 »

Rhœde donne une statistique aussi démonstrative :

Paroi postérieure.....	71 fois
Paroi antérieure.....	23 »
Parois latérales.....	13 »
Cancer en anneau.....	16 »

Winkel estime à 67,7 % la proportion des cancers primitifs de la paroi postérieure. Les 22 observations rassemblées par Küstner, peuvent se démembrer de la façon suivante :

9 cas de cancer de la paroi postérieure,	
1 » » » latérale droite,	
1 » » » latérale gauche,	
2 » » » antérieure,	
9 » » » en anneau.	

C'est surtout à la partie supérieure de la paroi postérieure, au voisinage du cul-de-sac, que l'épithélioma prend naissance, et souvent, il n'y a qu'une bande très étroite (un demi-cent.) de muqueuse saine, pour séparer la tumeur de la portion vaginale du col utérin. C'est cette forme topographique que M. Pozzi a décrite sous le nom d'*épithélioma liminaire*.

Comme le cancer du vagin a tendance à envahir le col de l'utérus et que d'autre part les néoplasmes du col s'étendent

facilement aux parois vaginales, il n'est pas toujours possible de distinguer facilement sur quelle partie la tumeur s'est primitivement développée. Ici encore, grande analogie avec certaines formes de cancers de la langue, qui ont leur point de départ sur le plancher de la bouche.

La paroi antérieure est le plus souvent prise, après la postérieure, et tous ses points peuvent être le siège de l'épithélioma, qui se localise parfois au niveau de la vessie et de l'urèthre, constituant le *cancer vaginal péri-urétral*. Winckel en a rapporté dix exemples, dont quelques-uns appartiennent à Melchiori, Ribéri, Bardenheuer, Thomas. Il n'est pas rare que le canal de l'urèthre soit secondairement envahi. Les parois latérales sont, nous l'avons vu, plus rarement envahies ; le cancer ne s'y limite d'ailleurs pas, toute la circonférence du vagin est rapidement infiltrée, et l'on a le *cancer annulaire*.

Les épithéliomas qui siègent à la partie inférieure du canal vaginal sont plus rares ; ils envahissent rapidement la vulve : (cancers vulvo-vaginaux), et le point d'origine est alors des plus douteux.

Aspect macroscopique. — L'épithélioma primitif du vagin peut se présenter sous deux formes (Pozzi) :

- a. La forme végétante ou papillaire.
- b. La forme infiltrée ou nodulaire.

Breisky décrit la première, comme une prolifération circonscrite, à large base, occupant la paroi postérieure, tandis que la deuxième formerait de larges tractus occupant plus ou moins complètement le pourtour du tube vaginal.

Dans la *forme végétante*, le début peut se faire par une petite papille ou une plaque indurée, parfois par une légère érosion reposant sur une base dure. Avec son accroissement, la tumeur étend sa base d'implantation et se présente sous forme d'un épaississement circonscrit de la paroi vaginale, de la dimension d'une pièce de 50 centimes à une pièce de cinq

francs ; de forme ordinairement arrondie, à bords bien délimités, surélevés, plus rarement irrégulièrement dentelés, elle est pendant un certain temps recouverte d'excroissances papillaires d'élevures arrondies, mollasses, fongueuses et friables, qui lui donnent un aspect de chou-fleur.

L'ulcération se montre vite et présente un fond irrégulier, vallonné, rouge brun ou recouvert d'enduit pultacé, et limitée par des bords déchiquetés et saillants.

Les deux processus, ulcéreux et végétants, peuvent marcher de pair et dans les points non sphacelés, on peut observer encore des végétations fongueuses.

Dans le voisinage de la tumeur, la muqueuse présente le plus souvent les caractères de l'inflammation simple ; elle est érodée, rouge, saignant au moindre contact, et plus ou moins macérée par des écoulements continuels.

On peut aussi reconnaître dans le voisinage immédiat de la néoplasie, cet épaissement de l'épithélium vaginal à aspect brillant, nacré, qui caractérise la leucoplasie, véritable stade préliminaire au développement du cancer.

On a trouvé dans quelques cas (Gebhard) des noyaux cancéreux multiples dans la paroi vaginale ; il ne s'agit certainement pas là, de carcinomes se développant simultanément en plusieurs points, mais de noyaux vaginaux secondaires à un carcinome primitif. Des érosions de la muqueuse, produites sous l'action macérante des sécrétions cancéreuses, peuvent servir de portes d'entrée à des greffes locales.

Le stade de tumeur n'est pas ordinairement très long ; ici, comme dans les cas de cancers développés sur des surfaces exposées à l'air libre, l'élimination progressive des masses de nouvelle formation est si rapide, qu'il ne s'agit plus de tumeur à proprement parler, mais d'un véritable ulcère à base indurée. Dans certaines circonstances cependant, lorsque les vaisseaux de néoformation sont abondants, la tumeur peut persister et faire saillie, sous forme de demi-circonférence, du volume du poing.

Le volume du néoplasme est d'ailleurs des plus variables,

depuis celui d'un pois ou d'une noisette, jusqu'à se présenter sous l'aspect d'énormes masses remplissant tout le vagin, comprimant la vessie et le rectum, et pouvant faire saillie à la vulve.

La deuxième forme consiste en une *infiltration* intra-muqueuse, ne formant pas tumeur, et s'étendant plus ou moins vite à toute la périphérie du vagin, qu'elle transforme, sinon en totalité du moins en partie, en un tube rigide où le doigt ne peut pénétrer. Veit (1) a observé un cas d'un tel cancer *annulaire*, qui s'était développé à la suite de cautérisations au chlorure de zinc.

Mais cette diffusion n'est pas fatale, et la forme infiltrée peut revêtir l'aspect d'une simple plaque limitée, faisant peu saillie, ou de petits noyaux multiples disséminés dans la paroi vaginale.

Comme dans la forme papillaire, les ulcérations apparaissent peut-être un peu plus lentement, et la distinction n'est guère plus possible entre les deux types anatomiques. La forme d'ulcère phagédénique est des plus rares.

Le tissu néoplasique est en général friable, à part les cas d'épithéliomas infiltrés, qui ont une consistance ferme. A la coupe, la coloration en est grisâtre, plus ou moins rouge si la tumeur est très vasculaire, auquel cas, elle peut avoir un véritable aspect *erectile*. Bodwin (2) a observé un cas de tumeur caverneuse, implantée sur la paroi antérieure et qui fut la cause d'une hémorragie grave. L'examen histologique et la récurrence rapide ne laissaient aucun doute sur le caractère cancéreux de cette production.

Quelques auteurs nous offrent des statistiques sur la fréquence relative des diverses formes anatomiques. Sur 49 cas, Féodoroff trouve 27 fois la forme tumeur, 14 cas d'infiltration diffuse, 4 d'ulcérations pures, 4 cas de cancer en nodules multiples.

(1) Veit. Démonstrat. einer Scheide mit grossem carcinomatosem Geschwür. Centralbl. f. Gyn. 1892, p. 316

(2) Bodwin. Philadelphia médic. Times. 1878.

Deux mots seulement d'une forme décrite par Schwartz de Halle (1) sous le nom d'*épithélioma fongueux multiple* : La muqueuse vaginale présentait des masses friables, saignant facilement, formant des végétations dans la partie supérieure du vagin ; d'aspect papillaire et saillant à pic de leur base, elles avaient une coloration rouge foncée et étaient très vasculaires.

Ces productions étaient constituées par des cellules épithéliales de la muqueuse, comme si celles-ci en proliférant, étaient venues faire saillie à la surface, sans ligne de démarcation bien nette entre elles et celles de la couche superficielle.

Schwartz fit l'ablation des deux tiers supérieurs du vagin et de l'utérus dont le col présentait une ulcération de mauvais aspect. Il attribue cette affection à une irritation causée par les sécrétions de l'utérus !!

Etude histologique. — L'*épithélioma pavimenteux* est la forme classique du cancer primitif du vagin.

Il s'agit le plus souvent d'*épithélioma lobulé*, qui présente ici la même disposition que dans les autres organes. Les lobules, séparés par un tissu conjonctif lâche, plus ou moins infiltré de cellules embryonnaires, contiennent des cellules d'aspect variables, rondes, dentelées. Pendant longtemps, ces cellules conservent le caractère des cellules pavimenteuses ; mais on les voit souvent, au centre de la tumeur, subir la transformation *cornée*, qui donne au cancer la caractéristique du cancroïde (Breisky) ou cancer corné, à globes épidermiques.

Sur les préparations, on constate facilement que la tumeur a pris naissance dans l'épithélium pavimenteux, on voit comment les bourgeons se développent à travers les papilles conjonctives, s'allongent, poussent vers la profondeur et forment des noyaux épithéliaux profonds.

L'*épithélioma pavimenteux tubulé* est plus rare dans le vagin ; il est constitué par de longs tubes, ramifiés anastomosés séparés par un tissu intermédiaire, d'apparence fibreuse. Les cellules

(1) Schwartz (de Halle). Congrès de l'Associat. gynécolog. allemande, 1886.

qui remplissent les boyaux sont prismatiques, allongées ou tout à fait pavimenteuses, à gros noyaux ovoïdes.

Cette variété est absolument analogue à l'épithélioma tubulé de la peau ; nous avons retrouvé la description d'un épithélioma tubulé de la vulve, des grandes lèvres, de la peau du pubis et de la région inguinale, publié par M. Cornil (1), avec des figures absolument identiques au cas que nous rapportons à la fin de cette étude.

Dans certains cas, l'épithélioma pavimenteux du vagin peut présenter une disposition alvéolaire, les cellules devenir atypiques et figurer ce que l'on décrit sous le nom de carcinome ; mais on sait bien qu'il s'agit ici de tumeurs épithéliales, et il n'y a pas lieu de les isoler.

L'épithélioma cylindrique est d'une rareté encore plus grande ; nous ne connaissons guère d'authentique que le cas de Pinna Pintor (2). Nous avons vu déjà que les débris épithéliaux des canaux de Müller ou des glandes de Bartholin abérrantes seraient à l'origine de sa production, à moins qu'il s'agisse simplement de transformations du stratum pavimenteux de revêtement, à l'occasion de causes inconnues.

Les cellules épithéliales peuvent subir la dégénérescence colloïde ou muqueuse, donnant à la tumeur l'aspect du carcinome médullaire, encéphaloïde des Allemands. Cette forme serait même très fréquemment observée, puisque sur 37 observations rapportées par Féodoroff, il y avait 10 cas de cancroïdes, pour 27 de cancer encéphaloïde.

L'épaississement des parois du vagin, que nous avons signalé au voisinage du néoplasme, se montre en tous points semblable aux couches superficielles d'un cancer non ulcéré ; mais il n'y a pas production de boyaux épithéliaux dans la profondeur ; sans limites bien nettes, cette zone de cancer s'étend dans la tumeur proprement dite.

Nous ne voudrions pas terminer ce chapitre, sans faire remar-

(1) Cornil. Société anatomique de Paris, 1873.

(2) Pinna Pintor. Loc. citato.

quer que l'examen histologique est du plus grand secours, pour mettre en évidence la transformation de la plaque leucoplasique en tissu épithéliomateux. A côté des points où les couches cornées présentent un développement anormal d'hyperkératinisation, avec multiplication des cellules à éléidine et épaissement du derme, (caractère des altérations leucokératosiques, on peut voir sur la coupe, d'autres points où les papilles devenues de plus en plus irrégulières, finissent par s'effacer, et où l'épiderme envoie dans la profondeur des prolongements avec globes épidermiques ; les couches hyperkératinisées font défaut, et le derme infiltré de cellules embryonnaires renferme des îlots épithéliomateux.

Évolution anatomique.— L'extension du cancer vaginal primitif n'est pas seulement rapide en surface, mais aussi en profondeur, ce qui le distingue à ce point de vue du cancer du corps utérin. Dans ce dernier, l'épaisseur des parois offre à la progression de la tumeur une certaine résistance ; dans le vagin, où la musculature est mince, lâche et peu solide, l'extension est facile et rapide.

Le cancer s'étend donc dans le tissu cellulaire para-vaginal, infiltre le paramétrium, et envahit les organes voisins.

Le col de l'utérus, quoique assez rarement pris, est très vite touché par les épithéliomas de la partie supérieure du vagin, qu'il s'agisse d'une propagation directe, de proche en proche (Epithélioma liminaire) ou d'une inoculation à distance. Il y a cependant lieu de faire ici une distinction, c'est que l'utérus serait facilement atteint par les formes molles, encéphaloïdes, et respecté le plus souvent par le cancroïde.

Le rectum, la vessie et l'urèthre sont plus ordinairement le siège de l'extension du cancer : des fistules, la destruction plus ou moins complète des parois de ces organes en sont la conséquence (Cruveilhier). Les uretères eux-mêmes ne sont pas épargnés, que ce soit directement ou après invasion du col utérin ; l'hydronéphrose en est la suite inévitable (Hermann) (1).

(1) Hermann. Lancet. London, 1886.

L'extension à la vulve est de règle, quand l'épithélioma siège à la partie inférieure du vagin.

Dans quelques cas, on a pu voir l'envahissement de tout le tissu cellulaire du bassin, véritable cellulite pelvienne cancéreuse, du péritoine, des nerfs qu'on trouve infiltrés de cellules épithéliales, des vaisseaux dont la thrombose a été observée quelquefois. Dans un cas de Bellamy (1), un épithélioma du vagin avait déterminé la thrombose de la veine iliaque primitive, suivie rapidement de pyohémie.

Cruevilhier a rapporté une observation de compression des veines du ligament rond, qui formaient une dilatation variqueuse simulant une hernie, dans un cas d'épithélioma de la paroi vaginale antérieure ; il a vu aussi un fait d'artérite de l'iliaque interne, suivie de gangrène de la cloison recto-vaginale.

Il n'est pas jusqu'aux os du bassin, qui ne puissent devenir la proie du cancer vaginal ; Féodorof et Winckel en ont signalé des exemples.

Ici, comme partout ailleurs, les *lymphatiques* et les *ganglions* sont infectés dès le début. Dans les cancers supérieurs les ganglions hypogastriques supérieurs et inférieurs sont envahis par la voie lymphatique utéro-vaginale ; si la tumeur siège à la partie moyenne, l'extension se fera dans les ganglions sacrés latéraux, disposés entre le rectum et les vaisseaux iliaques internes, et encore dans ces petites masses ganglionnaires situées dans les angles du bouquet artériel que forment la vaginale, l'ombilicale et la honteuse interne.

Enfin, si les tissus sont envahis dans le segment tout inférieur du vagin, et que la tumeur empiète sur la vulve, on devra trouver des adénopathies au niveau des ganglions inguinaux supéro-internes. James Oliver (2).

Nous ne pensons pas qu'en pratique, l'envahissement gan-

(1) Bellamy. Méd. Times and Gazet. 1880. Vol. II, p. 510.

(2) J. Oliver. Two cases of primary épithélioma of the vagina, with infection of the inguinal glands. The Lancet. Août 1894. p. 257.

glinnaire obéisse toujours à ces lois de topographie lymphatique.

Les adénopathies cancéreuses secondaires sont susceptibles de s'ulcérer et de s'infecter, et elles peuvent devenir le point de départ de tumeurs secondaires. Par contre, les *métastases*, dans les autres organes sont rares, malgré les observations de Koehler et d'Hermann, qui ont trouvé des noyaux dans le foie et le rein. Quant à la carcinose généralisée, elle a été décrite deux fois seulement.

Signalons enfin, l'existence du prolapsus des parois vaginales et la possibilité de trouver des tumeurs bénignes concomitantes. Cette pluralité des néoplasmes est aujourd'hui bien connue.

Symptômes. — L'épithélioma primitif du vagin reste souvent et longtemps latent, et c'est par hasard que la tumeur a été découverte dans quelques cas.

D'autres fois, c'est à l'occasion de pertes blanches plus ou moins striées de sang, d'une hémorragie soudaine, de difficultés dans les mictions ou les garde-robes qui peuvent devenir douloureuses, de gêne dans les rapprochements sexuels qui amènent des hémorragies plus ou moins abondantes, que les malades ont été vues pour la première fois. Il est rare que dès le début existent des douleurs locales spontanées; ce sont le plus souvent des algies à distance, dans le dos, les lombes, le bassin.

A mesure que le néoplasme évolue, les symptômes se précisent, mais alors la tumeur est déjà très étendue. *Les écoulements vaginaux*, d'abord leucorrhéiques, ne tardent pas à devenir jaunes, verdâtres, épais, purulents, striés de sang et fétides, entraînant avec eux des débris sphacelés de cancer.

Ces pertes ont parfois une odeur tellement infecte, qu'elles ont pu être la cause de vomissements chez les femmes atteintes d'épithélioma (Brückner). Elles sont quelquefois extrêmement abondantes; dans une observation se rapportant à une femme enceinte (Bailly) (1), on avait pu croire à un écoulement de

(1) Bailly. Gazette des hôpitaux, 1873.

liquide amniotique. L'irritation vulvaire est la conséquence obligée de ces écoulements.

Les hémorragies, que certaines observations passent sous silence, constituent un symptôme habituel.

Tantôt, il s'agit de quelques filets de sang, d'un suintement séro-sanguinolent, d'hémorragies continuelles et peu abondantes, tantôt ce sont des pertes de sang soudaines et graves par leur abondance et leur ténacité, surtout dans certaines tumeurs très vasculaires.

Survenant parfois à l'époque des règles, fait qui peut les faire négliger, elles sont variables dans leur apparition. En tous les cas le toucher vaginal, les injections, le coït, les efforts de défécation les provoquent assez facilement; elles augmentent manifestement lors du travail ulcératif.

La douleur serait d'après Klien, West, le symptôme le plus souvent observé; cependant Küstner a rapporté douze observations où les malades ne souffraient pas, et Winckel a fait remarquer que « dans un certain nombre de cas pourtant avancés, les douleurs n'étaient pas intenses, et manquaient même complètement ».

L'examen des cas publiés montrent cependant que les douleurs sont très fréquentes.

Dans une statistique de Féodoroff, portant sur 52 cas, on trouve :

Douleurs seules.....	7	cas
Hémorragies seules.....	10	»
Hémorragies et douleurs.....	20	»
Pertes blanches et douleurs.....	10	»
Écoulements leucorrhéïques.....	5	»

Les douleurs spontanées présentent divers caractères; c'est tantôt une sensation de démangeaison, de cuisson, au niveau du vagin et de la vulve, en rapport sans doute avec la présence des écoulements, tantôt une impression de corps étranger intra-vaginal, de pesanteur avec tiraillements, efforts expulsifs.

Elles seront ou bien sourdes continues, ou lancinantes et paroxystiques.

Les *irradiations douloureuses* se font vers l'abdomen, le bassin, le sacrum, les lombes, les régions inguinales, les membres inférieurs.

La *Rachialgie* serait particulièrement fréquente. La névralgie sciatique a été observée quand la tumeur est très volumineuse ou a fait son extension pelvienne. Augmentées par la marche, la fatigue, ces douleurs le sont bien davantage par les contacts directs, les efforts de miction et de défécation.

Parmi les *troubles de voisinage*, signalons la constipation interrompue par de douloureuses débâcles, et l'incontinence des matières, après envahissement du sphincter.

La *dysurie* est fréquente, et la cystite survient lorsque la paroi antérieure est envahie. Dans les cas d'épithélioma péri-urétral, on peut observer des phénomènes d'incontinence ou de rétention d'urine, dus aux modifications de calibre et de trajet du canal de l'urèthre. (Nélaton (1), Savariaud (2), Hermann) (3).

Symptômes physiques. — La tumeur fait quelquefois saillie à l'extérieur, lorsqu'elle est volumineuse, et que le vagin a été entraîné en prolapsus (Pchelin). La vulve est le siège de rougeur et d'ulcérations, dues aux liquides irritants.

Mais le plus souvent, c'est par le *toucher* qu'on fera le diagnostic, et qu'on se rendra bien compte des caractères que nous avons étudiés à l'anatomie pathologique.

Dans les stades de début, on percevra une petite saillie papillaire, muriforme, saignant facilement, ou bien une ou plusieurs petites plaques indurées. Mais à une période plus avancée, le doigt rencontrera une masse remplissant plus ou moins le vagin, bosselée, fongueuse, saignant au moindre contact, et si friable que le doigt en ramène des fragments comme dans les cas de cancer du col utérin.

A côté de cette forme, on pourra rencontrer une tumeur

(1) Nélaton. Gazette des Hôp. 1850.

(2) Savariaud. Thèse de Bernard. Paris 1895.

(3) Hermann. The Lancet. Octobre 1886. p. 627.

plus petite, de consistance plus ferme, paraissant assez limitée, ulcérée ou non, ou bien une infiltration en nappe, retrécissant le vagin difficile à explorer (*cancer annulaire*). Cette difficulté d'exploration se montre aussi dans les cas de tumeur très volumineuse obstruant complètement le vagin.

Le doigt ne devra pas terminer l'examen du vagin, sans s'être rendu compte de la mobilité de la tumeur sur les tissus sous-jacents, ou de ses adhérences, de l'état du col et des ligaments larges ; puis, introduit dans le rectum, il devra rechercher l'état de la muqueuse de cet intestin, le degré de mobilité de ses parois, son degré d'envahissement, et explorer les ganglions situés sur ses parois latérales.

L'examen au *speculum*, qui ne sera possible que dans les cas de cancer limité, donnera des renseignements exacts sur sa forme, son aspect bosselé, sa coloration rouge vif, l'étendue de l'ulcération, à fond grisâtre, recouvert de détritüs sanieux, et enfin sur l'état du col utérin, dont l'envahissement a été souvent signalé par un redoublement des douleurs et par une recrudescence des hémorragies.

Ces différents examens devront être conduits avec prudence et douceur, à cause des hémorragies qui peuvent leur succéder.

Si des masses ganglionnaires volumineuses remplissent le petit bassin, elles pourront être facilement senties par la palpation. Les ganglions inguinaux seront rencontrés plus ou moins augmentés de volume, sensibles à la pression, surtout si une adénite inflammatoire, consécutive aux ulcérations, s'ajoute au processus cancéreux, qui peut aller jusqu'à l'envahissement et l'ulcération de la peau de la région inguinale.

L'état général reste bon assez longtemps ; mais à la longue, les malades maigrissent, perdent leurs forces, et cela du fait de l'anémie secondaire aux hémorragies, des douleurs, de l'insomnie, de la stercorémie. L'infection partie des foyers ulcérés, l'intoxication cancéreuse, une complication intercurrente, cystite, fistules, hydronéphrose, amènent la cachexie et la mort.

Evolution clinique. — L'évolution est lente et progressivement croissante. La mort survient dans un laps de temps variant de 7 à 24 mois (Winckel). Dans certains cas cependant, on a vu l'affection évoluer pendant 4 ans. Sur une statistique de 24 cas, Féodoroff a trouvé :

Durée de	2 mois à 1 an	15 cas
»	» 1 an à 2 ans	2 »
»	» 2 ans à 3 ans	2 »
»	» 3 ans à 4 ans	1 »

Nous signalerons ici la lenteur toute particulière de l'évolution des épithéliomas qui se greffent sur les plaques leucoplasiques du vagin. Il semble, comme l'a fait remarquer Pichevin, « que ces tumeurs, qui au point de vue microscopique, ne » diffèrent en rien des épithéliomas vulgaires, ne sont pas les » mêmes que ceux-ci, au point de vue de la marche des lésions, » de la lenteur des propagations et des généralisations. Ce » fait est de nature à faire supposer qu'il n'existe pas un épi- » thélioma, mais des épithéliomas du vagin ».

Quand on voit certaines de ces néoplasies marcher avec une foudroyante rapidité chez les jeunes femmes, évoluer lentement chez les femmes âgées, plus lentement encore quand elles succèdent à des lésions comme la leucoplasie, on se demande quelle peut être les raisons de ces différences, sans que même les ressources du microscope puissent aider à les expliquer.

La terminaison fatale, amenée le plus souvent par la cachexie cancéreuse, peut être le fait d'une hémorragie foudroyante, ou relever de diverses *complications*.

Les *fistules recto-vaginales*, moins fréquentes qu'on serait tenté de le croire, sont le plus souvent le résultat du processus ulcéreux, mais peuvent quelquefois succéder à un contact brutal. Tantôt cachées au milieu des anfractuosités du cancer, elles ne se révèlent que par l'issue des matières fécales par le vagin, tantôt, elles sont très larges, formant cloaque.

Les *fistules vésico-vaginales* s'observent également et constituent une véritable infirmité.

(1) Pichevin. Semaine Gynécologique, 23 août 1904.

L'hydronéphrose amène l'urémie. On a signalé enfin des cas de *péritonite aiguë* par perforation, ou par suppuration des ganglions pelviens. La phlébite des membres inférieurs est une rareté.

Lorsqu'elle survient pendant l'évolution d'un cancer du vagin, la *grossesse* est une complication des plus graves, par le coup de fouet qu'elle donne à la marche du néoplasme, les difficultés qu'elle crée pour l'accouchement, les dangers des interventions et les chances très grandes d'infection ayant son point de départ au niveau des surfaces ulcérées, infectées.

Dans de rares cas, la tumeur passe inaperçue pendant toute la grossesse et n'est reconnue qu'au moment du travail (Brückner), où l'hémorragie devient abondante. L'accouchement spontané est rare ; on est la plupart du temps obligé d'intervenir par une opération dont la gravité est considérablement accrue. — Dans un cas de Bailly, la malade accoucha spontanément ; la paroi vaginale et la tumeur avaient été chassées hors la vulve, par la poussée de la tête fœtale. Kustner a rapporté une observation où la mort survint par septico-pyohémie, et Velponer une autre, où une vaste déchirure de la cloison consécutive à une application de forceps fût également mortelle.

Klien a relevé douze cas, où l'on trouve :

- 2 fois : L'accouchement spontané.
- 2 fois : L'accouchement provoqué avant terme, suivi de mort de la mère.
- 3 fois : Applications de forceps, avec une déchirure recto-vaginale, et deux perforations.
- 1 fois : Laparo-élythrotomie.
- 4 fois : Césarienne (2 fois, mort de la mère).

Sur ces 12 cas, il y eut 10 morts = 83 %. et cinq enfants nés vivants, soit 42 %. Ces chiffres suffisent à montrer la gravité de la grossesse évoluant avec un cancer vaginal.

Le Pronostic est des plus graves ; la récurrence survient toujours après l'opération. Sur seize malades d'Olshausen (1) une

(1). Olshausen, Centralbl. F. Gynæk. janvier 1895.

resta 2 ans et 4 mois, sans récurrence, treize récidivèrent dans les trois ans, et deux vécurent quelques années, après une récurrence rapide.

Toutes les femmes opérées par Martin, ont récidivé, même dans les cas où la section opératoire avait pu être largement faite en tissus sains.

Dans notre observation, la récurrence survint au bout de sept mois, sans que la malade parût s'en douter. Richelot (1) rapporte 2 cas, où les tumeurs enlevées en apparence d'une façon très complète, récidivent après quelques mois.

On trouve cependant quelques cas de succès relatifs. Une malade de Legueu est restée indemne, quoique opérée depuis cinq ans. Rueter signale un cas sans récurrence après deux ans et demi, et Lauenstein un cas qui ne récidiva sur l'utérus qu'après trois ans et demi. Quoi qu'il en soit, la malignité du cancer primitif du vagin est telle, qu'on a pu le comparer, à ce point de vue, au cancer de la langue.

Faut-il l'attribuer à la richesse du vagin en lymphatiques et à leurs connexions avec ceux du bassin et des organes voisins, ou aux larges voies d'inoculation qu'ouvre l'extirpation, ou encore à la difficulté de faire des opérations complètes ? Ces différentes causes peuvent entrer en ligne de compte, mais n'expliquent pas suffisamment cette excessive malignité.

VI. — CHORIO-EPITHELIOME PRIMITIF.

Sous le nom de chorio-épithéliome, on désigne une tumeur maligne, développée aux dépens des couches de revêtement des villosités chorionales, syncytium et couche cellulaire de Langhans, et dont la genèse paraît être intimement liée à l'évolution de l'état puerpéral.

Cette affection n'est bien connue que depuis une dizaine d'années. Jusqu'en 1893, les auteurs considéraient diverse-

(1) Richelot. *Maladies de l'utérus, de la vulve et du vagin*. Bibliothèque de chirurgie contemporaine.

ment les tumeurs de cette nature ; les uns en faisaient un sarcome, Sænger (1)) et le faisaient dériver de la caduque, d'où le nom de déciduome, de sarcome déciduo-cellulaire, accepté et soutenu par Pfeiffer (2), Lœhleïn (3), Nové-Josserand (4), Zweifel (5).

Toupet et Hartmann (6), Beach pensaient qu'il s'agissait d'un sarcome ovulaire, fœtal ; après eux, Gottschalk en fit un sarcome des villosités choriales, et insista sur la fréquence de la môle dans les antécédents des malades.

C'est seulement avec le mémoire de Marchand (7), que la question entra dans une phase nouvelle. Cet auteur nia que ce qu'on appelait déciduome fut un sarcome, et montra qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale, dont il élucida l'origine ; des conclusions de son travail se dégagait ce fait important, que dans un certain nombre de cas, la tumeur, au lieu d'avoir son siège primitif ou initial dans la matrice, peut se développer dans un autre organe, et en particulier au *niveau du vagin*, sans qu'il y ait de manifestations morbides du côté de l'utérus. Il semble donc qu'il y ait de véritables chorio-épithéliomes primitifs du vagin, du moins cliniquement, présentant comme point de départ des villosités du chorion immigrées dans cet organe.

Étiologie.— Le chorio-épithéliome primitif du vagin est particulièrement rare. Briquel (8) dans sa thèse en rapporte 15 cas, auxquels nous pouvons ajouter l'observation de Mauté et Duplay (9), et l'observation de E. Schwartz avec examen histologique de R. Marie.

(1) *Sænger*. Central. fur Gynæk., 1889, p. 132.

(2) *Pfeiffer*. Prager méd. Woch. 1890, p. 317.

(3) *Lohleïn*. Centr. f. Gynæk. 1893, n° 14 et 1894, n° 20.

(4) *Nové-Josserand*. Ann. de Gynéc. et d'obstétr. 1894, p. 100.

(5) *Zweifel*. Central. f. Gynæk. 1894, p. 256.

(6) *Toupet et Hartmann*. Ann. de gynéc. et d'obst. 1893, avril.

(7) *Marchand*. Ueber die Sogennanten decidualen geschwülste Monats. f., Geb. und Gyn. 1895, t. I, p. 419 et 513.

(8) *Briquel*. Tumeurs placentaires. Thèse de Nancy, 1903.

(9) *Mauté et Duplay*. Tribune médicale, Décembre 1904. — Thèse de Duplay. Paris, 1905, n° 153.

C'est pendant la période d'activité génitale qu'on assiste à l'évolution de ces tumeurs, qui ont été observées de 20 à 45 ans, avec un maximum de fréquence après 30 ans. Dans tous les cas, elles paraissent liées à un état puerpuéral ancien ou récent, et on les voit succéder aussi bien à un accouchement normal (6 cas), à un avortement (4 cas), à l'expulsion d'une môle (4 cas) qu'à un accouchement prématuré (1 cas). On peut les rencontrer également pendant l'évolution de la grossesse (Burdzinski) (1), Lindfors (2).

Le nombre des grossesses ne paraît pas avoir d'influence sur l'apparition du chorio-épithéliome, qui a été rencontré chez des primipares (Zagorjanski-Kissel), aussi bien que chez des multipares. Quant à la nature de l'état puerpuéral, son rôle étiologique est diversement interprété ; pour les uns il serait sans importance ; d'après Pick, ce néoplasme se montrerait plus fréquent après l'expulsion des mûles hydatiformes qu'après une fausse couche ou un accouchement normal.

Les villosités de la mûle, qui devraient à l'hypertrophie de leurs couches cellulaires leur pouvoir de pénétration, seraient transportées dans les sinus veineux et par les contractions du muscle utérin, portées directement aux veines du vagin, où elles donneraient lieu au développement de néoplasmes primitifs, comme dans les cas de Pick et Landau (3), etc...

Mais si la genèse du chorio-épithéliome paraît intimement liée à la grossesse, on n'est pas absolument en droit de conclure qu'elle doit être indispensable à sa production. La formule, pas de chorio-épithéliome sans fécondation et sans grossesse antérieure, ne peut plus être admise aujourd'hui ; on a en effet trouvé du tissu déciduomateux (cellules de Langhans et plasmodies) en dehors de l'état puerpuéral, non seulement chez la femme, mais encore chez la fille vierge, chez la fillette et même chez l'homme.

(1) *Burdzinski*. Soc. d'obst. et gynéc. de St-Petersbourg, 17 avril 1904.

(2) *Lindfors*. Upsala lokarct. forhandl., 1900-1901, VI, p. 177.

(3) *Pick et Landau*. Centralbl. f. Gynæk. 1897, n° 40, p. 1246.

C'est à Schlagenhauser (1) et à Wlassow (2) qu'est due cette découverte; c'est dans le tissu de tératomes de l'ovaire et du testicule qu'on a trouvé des noyaux entiers, formés par des éléments chorio-épithéliomateux.

Il ne serait pas étonnant qu'on puisse rencontrer des cas analogues de chorio-épithéliomes primitifs du vagin, dans les tératomes vaginaux, comme celui qu'à décrit Geyl? — Dans ces cas, il s'agirait de tumeurs congénitales, de rudiments d'embryon, et la tumeur serait de même origine que la malade qui la porte. Dans les observations de chorio-épithéliome vaginal connues jusqu'à ce jour, la production syncytiale est hétérogène.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs chorio-épithéliomateuses primitives du vagin peuvent se montrer n'importe à quel point du conduit vaginal, orifice du vagin, paroi postérieure, antérieure, région sous-urétrale. Leur nombre est variable, tantôt unique, tantôt au nombre de deux, quatre, cinq; dans ce cas, elles sont ordinairement isolées les unes des autres, mais peuvent dans des conditions exceptionnelles, devenir confluentes et affecter la forme d'un anneau presque complet.

Leur volume et leur forme sont des plus variables: arrondies, ovalaires ou étalées, elles sont comparées à une noisette, une noix, un œuf, une petite pomme; elles peuvent dans quelques cas devenir plus volumineuses et envahir toute la cavité vaginale. Elles ont le plus souvent l'aspect de petites nodosités sous-muqueuses, sans adhérence avec la muqueuse, libres et mobiles dans la profondeur, caractère général qui pourrait faire douter cliniquement de leur malignité. Par leur teinte grisâtre, parsemée de taches hémorragiques, rouge brun ou violacée, elles tranchent bien sur la coloration des tissus voisins, leur aspect ressemble parfois à un tel point à une nodosité variqueuse, qu'on a porté tout d'abord le diagnostic de varice thrombosée. Dans les cas plus rares de chorio-épithéliome revêtant l'aspect d'une masse étalée, celle-ci se présente irrégu-

(1) *Schlagenhauser*. Wiener Klin. Woch., 1902, p. 571.

(2) *Wlassow*. Virchow's Archiv. 1902, t. CLXIX, p. 220.

lière, anfractueuse, d'aspect muriforme, largement implantée sur la paroi vaginale, à laquelle elle semble unie par de multiples prolongements.

Beaucoup plus rarement encore, le chorio-épithéliome se pédiculise et affecte la disposition d'un polype intra-vaginal.

D'abord recouverte par la muqueuse normale du vagin, la tumeur finit par s'ulcérer, à mesure qu'elle augmente de volume ; elle se présente alors sous deux aspects différents (Briquel) : tantôt l'ulcération, à bords assez bien arrondis et à fond rouge grisâtre, présente une sorte de champignon fongueux, formé de caillots irréguliers envahis par l'inflammation et la suppuration. tantôt c'est une simple érosion dont les bords sont taillés presque à l'emporte-pièce, et dont le fond rouge est le siège de suintements sanguins ou d'hémorragies abondantes.

A la coupe, on constate que la consistance de ces tumeurs est ordinairement molle et friable ; le placentome malin n'a jamais la fermeté du fibrome, ni la dureté caractéristique de l'épithélioma : on a l'impression de sectionner un caillot sanguin, un thrombus en voie de désagrégation.

Les parties externes présentent les caractères d'une masse fibrino-cruorique, tandis que le centre est formé par un ou plusieurs noyaux, gris blanchâtre, qui tranchent sur les tissus voisins ; ce sont là les masses néoplasiques, qui peuvent former ou bien un réseau irrégulier de coloration gris-rose, ou bien des îlots disséminés dans du sang coagulé, de telle sorte que la tumeur revêt un aspect marbré de gris, de rouge ou de brun.

D'autres fois et surtout dans les tumeurs volumineuses, l'aspect hémorragique est moins régulier, disséminé sans aucun ordre au milieu des masses néoplasiques, qui poussent des prolongements dans les tissus voisins. En aucun cas, ceux-ci ne sont séparés de la tumeur par une capsule fibro-conjonctive.

Examen histologique. — Le chorio-épithéliome se caractérise histologiquement par la présence d'éléments cellulaires spéciaux, les *plasmodies*, grâce auxquels il se différencie de toutes les tumeurs connues.

Nous avons vu que l'aspect macroscopique permettait déjà de distinguer un chorio-épithéliome d'un épithélioma ordinaire ; les caractères histologiques du néoplasme sont encore beaucoup plus frappants. (Bazzori) (1).

L'examen microscopique nous montre que la tumeur est constituée par deux ordres d'éléments :

Les cellules claires de Langhans.

Les cellules syncytiales ou plasmodies.

Les cellules claires, mononuclées dérivent de la couche dite de Langhans, qui repose sur le stroma de la villosité chorale. Ce sont de gros éléments arrondis ou polyédriques, épithélioïdes, avec un protoplasma clair, transparent, contenant quelques granulations graisseuses et du glycogène, et présentant un seul noyau volumineux, qui se colore facilement. Ces cellules sont bien distinctes et séparées par une membrane ou une substance fibrillaire interstitielle. (Otto de Franqué).

Teacher (2) admet que les cellules claires sont bien individualisées, surtout dans leur stade jeune, où elles présentent les caractères suivants : petites, intimement accolées entre elles, avec des noyaux ronds ou ovalaires, vésiculeux, un réticulum intra-nucléaire bien net et de volumineux nucléoles, se colorant faiblement.

Quoiqu'il en soit, on admet aujourd'hui que les cellules de la couche de Langhans peuvent faire défaut, sans que la tumeur cesse d'être un chorio-épithéliome typique ; elles ne constitueraient pas l'élément essentiel de ces tumeurs.

Il n'en est pas de même des *plasmodies*, qui sont absolument constantes et pathognomoniques du chorio-épithéliome malin.

Cette plasmodie, ou cellule syncytiale n'est pas à vrai dire une cellule véritable avec contours bien distincts ; il s'agit généralement d'amas informes de protoplasma, sans démarcation cellulaire. « Il est impossible, dit Durante (3), d'assigner

(1) Bazzori. Le déciduome malin. La Gynécologie, Juin, 1904.

(2) Teacher. Journ. of. obst. and Gynec. of the British. Emp. 1903, p. 1.

(3) Durante. Revue méd. de la Suisse romande 1896, n° 9 et 10.

» des dimensions même approximatives à ces masses plasmo-
» diales ; souvent elles constituent un revêtement plus ou
» moins continu et d'épaisseur variable aux îlots de cellules
» claires ; mais l'absence de membrane d'enveloppe, qui est
» un de leurs caractères, leur permet soit de se fragmenter à
» l'infini, soit de confluer aisément les unes avec les autres et
» de constituer ainsi de vastes nappes à bords déchiquetés,
» s'étalant et se ramifiant dans tous les espaces laissés libres
» par les tissus voisins, et ayant un volume dépassant de beau-
» coup les plus grandes cellules géantes. De leurs bords partent
» fréquemment des prolongements, que l'on peut considérer
» comme de véritables pointes d'accroissement, et qui peu-
» vent tantôt se séparer de la masse principale, formant de
» nouveaux amas plus petits qui végètent sur place, ou occa-
» sionner des embolies néoplasiques en demeurant libres
» dans le torrent circulatoire, tantôt se joindre à d'autres pro-
» longements semblables, pour former un véritable réseau
» protoplasmique renfermant dans ses mailles soit des cellu-
» les claires, soit des éléments figurés du sang ».

Le protoplasma des plasmodies est homogène, d'aspect opaque, se colorant fortement par l'éosine et les autres colorants du plasma ; il renferme de nombreux noyaux, petits, ovales, en croissant, en demi-lune, disséminés sans ordre et se multipliant par division directe. On trouve encore dans les masses plasmodiales des vacuoles, des leucocytes, des hématies. — Ce sont ces plasmodies qui forment la zone d'accroissement du néoplasme.

On ne trouverait au sein du tissu néoplasique aucune trace de vaisseaux à parois propres. La vascularisation de la tumeur s'opère par des lacunes creusées en pleines masses plasmodiales, lacunes bien limitées par des cellules claires ou des plasmodies, dont les prolongements les divisent en lacunes plus petites remplies de sang où les éléments néoplasiques puisent leurs matériaux nutritifs par un processus analogue à celui du placenta. Cependant, dans l'observation de E. Schwartz, R. Marie a pu voir sur les coupes, les parois d'une artériole

pénétrant dans la tumeur, infiltrées d'éléments en migration qui arrivaient près de la lumière vasculaire ; mais ce phénomène est plus souvent observé dans les vaisseaux voisins de la périphérie de la tumeur. Après leur pénétration dans les vaisseaux, les plasmodies les oblitèrent, formant une thrombose, capable de donner lieu à des embolies plus ou moins éloignées ou un thrombus canaliculé qui n'apporte pas d'obstacle à la circulation.

La fréquence des hémorragies et des métastases s'explique par cette pénétration des cellules syncytiales dans le torrent circulatoire.

Histologiquement, le chorio-épithéliome peut se présenter sous deux aspects (Durante), la forme villeuse et la forme aréolaire.

Dans la *forme villeuse*, on a l'impression de villosités arborescentes enchevêtrées, revêtues d'une couche plasmodiale, d'où partent des prolongements de toutes dimensions, au milieu d'un stroma de cellules claires.

Dans la *forme aréolaire*, les masses plasmodiales dessinent un réseau irrégulier, dans les mailles duquel se trouvent des cellules claires, formant îlots.

La périphérie de la tumeur est pénétrée par des cellules épithéliales isolées ou formant de véritables trainées (cellules syncytiales migratrices de Marchand) ; c'est là que nous les avons vu pénétrer les vaisseaux, en dissociant leurs parois. Ces trainées chorio-épithéliomateuses ont une importance de tout premier ordre ; elles créent les hémorragies, rendent les interventions incomplètes, permettent les récidives et la généralisation métastatique.

Mécanisme. — Les cas de chorio-épithéliomes primitifs du vagin avec intégrité de l'utérus viennent à l'appui de l'opinion de Marchand, Schlagenhauser, Lubarsch, Peters, Hübl qui ont démontré qu'il s'agit là d'une affection, non pas d'origine utérine, mais *fœtale* (cellules de Langhans et cellules du syncytium d'origine ectodermique), sans que le stroma de la villosité, d'origine mésodermique, soit nécessaire pour la production de

ces tumeurs, qui dériveraient des matériaux embryonnaires provenant de l'œuf que la malade a porté en dernier ou à une grossesse antérieure et éloignée du moment de la production des néoplasies ; ou encore, mais ces faits n'ont pas encore été démontrés pour les tumeurs primitives du vagin, des matériaux dérivant de l'œuf dont provient l'individu lui-même.

Deux théories sont en présence, pour expliquer la localisation primitive du chorio-épithéliome au vagin, la greffe et l'embolie.

Pour ce qui est de *la greffe*, hypothèse soutenue récemment par MM. Tuffier, Mauté, Duplay, elle se produirait pendant le passage du placenta ou d'une môle, à la faveur d'un traumatisme, d'une ulcération, et serait une véritable greffe parasitaire. Ce mécanisme n'est rien moins que démontré ; la muqueuse du vagin est peu friable, épaisse, recouverte de couches compactes superposées, qui lui font un rempart analogue au revêtement cutané, son épithélium se renouvelle constamment ; il nous paraît difficile d'admettre cette théorie, qui dans tous les cas n'expliquerait pas les faits, comme ceux de Pick-Landau, Burdzinski, où la tumeur apparaît pendant que l'utérus est encore gravis, ou se manifeste dans les grossesses molaïres avant l'expulsion de la môle.

Si on considère, au contraire, les rapports du placenta avec la circulation maternelle, les faits d'envahissement des veines par les villosités choriales, l'entraînement à distance de villosités entières ou de fragments de leur revêtement, on acceptera facilement le mécanisme de *l'embolie*, applicable à tous les cas de chorio-épithéliomes primitifs, siégeant en dehors de l'organe gestateur.

La tumeur se fixe dans le vagin, en empruntant la voie veineuse, constituant une embolie rétrograde, favorisée par l'état de grossesse, (stase circulatoire dans la partie sous-ombilicale du corps).

On peut en examinant les diverses observations se rendre compte des étapes de cette migration ; l'embolus peut se fixer avant de quitter l'utérus, (cas de Schmorl-Frieder, cas de

Guersant, de tumeur primitive intra-musculaire du corps utérin), ou bien continuant sa route à travers le système veineux, il *se fixe dans le vagin*, qu'il peut dépasser, et aller jusqu'au cœur droit, aux poumons, où l'embolus s'arrête, pour envoyer des embolies secondaires dans le cerveau, le foie, les reins, etc.

Quand il n'existe qu'une seule tumeur vaginale, son caractère primitif ne laisse aucun doute ; mais si elle coëxiste avec une localisation viscérale, il est souvent difficile et même impossible de fixer leurs rapports de chronologie ; on peut se demander si l'une est plus ancienne, l'autre s'étant formée par voie veineuse rétrograde, ou si elles proviennent d'embolies qui se sont détachées en même temps. (Holzapfel, Lindfors, Marchand). En tous les cas, le point de départ de l'embolie est l'utérus. Comment donc expliquer l'existence du chorio-épithéliome vaginal primitif avec intégrité de l'utérus ? Trois théories sont en présence.

Comme nous allons le voir, dans les deux premières hypothèses, la tumeur vaginale ne serait qu'apparemment, que cliniquement primitive, en réalité secondaire ; dans la troisième, elle est réellement primitive.

1° Kossmann (1), Schmorl (2), et J. Neumann (3), soutiennent qu'il existerait une tumeur chorio-épithéliomateuse primaire à siège placentaire ou molaire, d'où partiraient les embolies formant la tumeur vaginale ; lors de l'accouchement, la néoplasie primitive serait expulsée avec le délivre, dont elle fait intrinsèquement partie.

Cette hypothèse s'accorde mal avec les cas consécutifs à un accouchement à terme avec enfant vivant, et il est également peu admissible qu'une embolie maligne puisse rester pendant 18 semaines (Schmorl) et même 10 mois, (Schlagenhauser) sans manifester sa présence, si réellement elle provient d'une tumeur placentaire ou molaire maligne.

(1) Kossmann. Centralbl. f. Gynæk. 1897. n° 40.

(2) Schmorl. Centralbl. f. Gynæk 1900. n° 49 p. 1323.

(3) Neumann. Monatschr. f. Geb. und. Gyn. 1896. Bd. 3 p. 387.

D'ailleurs, dans la seule observation (Schmauch) (1) où le placenta a été examiné, on l'a trouvé complet et normal.

2^o D'après Schlagenhauser, il existerait une tumeur primitive utérine, qui regresserait spontanément ou bien serait artificiellement éliminée par le curage digital ou le curettage.

Or, dans quatre cas de tumeur primitive du vagin, où fut pratiqué le curettage (Schmit, Lindfors, Hugo-Hübl, Busse), l'examen microscopique montra, dans le premier cas, des lésions d'endométrite interstitielle, dans les autres, une muqueuse utérine absolument normale. Mais, même dans les cas où l'on trouverait des débris placentaires dans l'utérus, on ne pourrait pas conclure à leur malignité par le simple examen histologique. D'autre part, comme s'il existait des éléments de tumeur maligne dans l'utérus, le curettage serait absolument incapable de les enlever en totalité, ne pouvant atteindre leurs prolongements dans les interstices musculaires, on devrait admettre, pour expliquer l'intégrité de la matrice, la regression spontanée de la tumeur. Théoriquement, on peut accepter le fait, et l'observation de Littauer (2) semblerait vouloir affirmer cette hypothèse. Mais on sait qu'une prolifération très active du syncytium et des cellules de Langhans peut être observée à l'état normal, sans conséquence grave pour la malade, et sans qu'on puisse se baser sur elle pour établir le diagnostic de malignité de ces productions, qui jouissent des propriétés du placenta normal, « destruction des cellules déciduales, migration dans les vaisseaux maternels, sans lesquelles la nutrition de l'œuf n'est pas possible. » Malgré les observations de Von Franqué, Pick, Ridel, il est impossible d'admettre qu'un chorio-épithéliome malin avéré soit susceptible de rétrocéder, ce qui lui enlèverait de ce fait son caractère de malignité.

3^o Pick fait dériver le chorio-épithéliome primitif du vagin d'une embolie de tissu syncytial dans les veines vaginales,

(1) *Schmauch*. Journal of American Méd. association, 1904, n° 49.

(2) *Littauer* : De la malignité du chorio-épithéliome. — Société d'obstétrique de Leipzig, 19 octobre, 1903

qui serait suivie de la *dégénérescence néoplasique de l'embolie*. Cette théorie cadre beaucoup mieux avec les faits et nos connaissances sur les propriétés histologiques du tissu syncytial. On sait en effet (Schmorl, Lubarsh) que des embolies vil- leuses se détachent au cours des accès eclamptiques, et même normalement au cours de la grossesse (cellules migratrices séro- tinales de Marchand), et gagnent les plexus veineux utérins (Veit). On doit se demander pourquoi, les embolies étant si fréquentes, le chorio-épithéliome primitif du vagin est si rare? C'est que l'organisme a le pouvoir, comme l'a montré Ehrlich de former des anticorps, des cytotoxines, ici des *syncytiolysines* (Veit), qui détruisent les cellules et leurs produits, et font équi- libre à la puissance envahissante du placenta. La phagocytose joue aussi son rôle, absorbant, détruisant les embolies syncy- tiales, qui d'après Peters auraient « une force toute spéciale de croissance ».

Mais à l'occasion d'une cause occasionnelle quelconque, hé- morragies, grossesse pathologique, grippe (Lindfors), la dégé- nérescence pourrait se produire et le chorio-épithéliome malin faire son apparition. Il faut pour que cette tumeur se produise, non seulement la puissance de prolifération de l'épithélium chorial déjà physiologiquement illimitée, mais aussi une dimi- nution de résistance du sol maternel (Marchand), et en première ligne une diminution de la faculté normale de résorption de l'organisme ou de ses résistances naturelles.

Puisqu'une embolie peut être le point de départ d'une tumeur maligne, comme le prouvent les exemples connus, il n'est pas besoin, comme le fait remarquer Briquel, d'invoquer une tumeur primaire dans le placenta, ni d'interpréter en tant que tumeur maligne des éléments cliniquement passifs situés dans les cou- ches superficielles de l'utérus. La théorie de l'embolie de Pick permet donc d'admettre la possibilité de chorio-épithélio- mes primaires du vagin.

Symptômes et évolution. — Le chorio-épithéliome du vagin peut débiter au cours même de la gestation, et cette apparition précoce coïncide ordinairement avec l'existence d'une môle

vésiculaire (cas de Pick et Landau, et de Burdzinski, où il s'agissait de môles de 4 à 5 mois). Dans d'autres cas, c'est six jours, dix-sept jours, trois semaines, deux mois après l'expulsion d'une môle, un accouchement ou un avortement, qu'apparaît la tumeur vaginale. (Observ. de Schauta, Neumann, Schmorl, Teacher, Mac Donald). Dans l'observation de Mauté et Duplay le début fut également très précoce.

Il serait plus tardif, et la tumeur latente pendant quelques semaines ou quelques mois, 3, 6, 12, 15 mois, 2 ans, lorsqu'elle succède à un accouchement ou à une fausse couche.

Les symptômes initiaux sont le plus ordinairement des *hémorragies* (11 fois sur 13), ayant leur source dans une ulcération des tumeurs, ou bien ce sont des troubles de la miction (besoins fréquents, rétention) (Schmidt), des douleurs, ou l'apparition de la tumeur à la vulve au moment des efforts, qui attirent l'attention des malades.

Mais dans quelques cas, le chorio-épithéliome pourrait débiter d'une façon tout à fait insidieuse, si bien que les symptômes accusés feraient penser à une toute autre localisation qu'à une tumeur vaginale ; on pourrait assister à une hémiplégie, à des hémoptysies plus ou moins abondantes, faits comparables à l'embolie pulmonaire qui marque parfois le début de la phlébite, celle-ci passant absolument inaperçue.

Ordinairement, le chorio-épithéliome vaginal se caractérise cliniquement par des douleurs, des hémorragies et l'existence d'une tumeur à surface saine ou ulcérée.

Les douleurs sont généralement peu intenses, ressenties dans le bas ventre ou généralisées à tout l'abdomen. Les rapprochements sexuels peuvent les provoquer ou les exagérer (Mauté et Duplay). Elles peuvent manquer complètement.

Les hémorragies constituent le symptôme le plus important et le plus constant. Produites par la rupture des parois de l'hématome, ou par ulcération et chute des escharres, elles peuvent être d'une abondance et d'une ténacité remarquables, (cas de Schwartz-Marie) entraînant une anémie profonde et rapide ou un véritable état de collapsus ; d'autre fois, il s'agit

de simples pertes muco-sanguinolentes, qui peuvent exister seules ou représenter la fin d'une hémorragie.

Celle-ci est très capricieuse, s'arrête et reprend au bout de quelques jours, est provoquée par le moindre contact et peut même se reproduire après l'ablation de la tumeur. Dans leur intervalle, on peut voir des écoulements leucorrhéiques ou mucopurulents et fétides.

C'est en recherchant dans l'appareil génital, la cause de ces hémorragies qu'on découvre *la tumeur*, dont le siège, nous l'avons vu est indifférent (paroi antérieure ou postérieure, plus souvent près de l'orifice inférieur du vagin). Le plus ordinairement sessiles, ces tumeurs sont cependant quelquefois implantées sur la paroi vaginale par un large pédicule, qui en s'allongeant leur permet de faire saillie à la vulve ; mais l'aspect le plus fréquent est celui d'une *varice thrombosée*. A la palpation, on perçoit une sensation d'élasticité rénitente, de mollesse, qui ajoutée à l'aspect bleuâtre ou rouge violacé, ne laisse aucun doute sur leur nature sanguine !

Tant que dure *l'évolution sous-muqueuse* de ces tumeurs, la muqueuse vaginale est lisse, un peu tendue et mobile sur elles ; mais les examens sont assez rarement pratiqués à cette période, et le plus souvent on constate que des adhérences se sont produites, que la muqueuse s'est amincie, est devenue brun jaunâtre ou est *ulcérée* au centre de la tumeur.

L'ulcération à bords amincis, peu nets, est recouverte par de caillots sanguins cachant un fond gris rosé, ou par des bourgeons en choux-fleurs plus ou moins saignants.

Si l'évolution du chorio-épithéliome n'est pas interrompue par une intervention aussi précoce que possible, il envahit de proche en proche, rendant inefficace toute tentative opératoire, qui est alors rapidement suivie de récurrence sur place.

L'utérus est le plus souvent trouvé petit et normal ; dans quelques cas cependant il est augmenté de volume ; mais le curettage reste négatif.

L'apparition de la fièvre (Labadie-Lagrave et Legueu), des frissons, de la toux, de crachats sanglants indiquent la produc-

tion de foyers pulmonaires concomitants. Dans le cas rapporté par Lindfors, la malade présentait tous les signes d'un épanchement pleural gauche.

La mort est fatale, si le chorio-épithéliome est abandonné à lui-même, ou si on intervient trop tard. Elle peut être presque foudroyante du fait d'hémorragies abondantes, ou être le résultat de la généralisation (poumons, foie, rein, rate, système nerveux). La guérison opératoire a été observée par Pick après trois ans et demi, Schmorl, Schmit, Tuffier après vingt-deux mois, un an et demi, dix mois.

Tant que les noyaux néoplasiques sont circonscrits et limités par les masses cruoriques (Schauta), la guérison est possible, parce que l'intervention peut être radicale. Il a du en être ainsi dans les cas de Pick, Landau, Schlagenhauser, Schmit, Holzapfel, Moltrecht, Fleischmann, Tuffier.

Si au contraire la tumeur est devenue diffuse, prolongée, extra-vasculaire, la récurrence est la règle. (Observ. de Lindfors, Wehle, Peters, Hübl, Schmorl, Busse, Schmauch, Schwartz):

Ces caractères que l'examen histologique pourra faire prévoir donnent la clef du pronostic.

Pour certaines auteurs, plus l'embolie est jeune, plus le pronostic du chorio-épithéliome est grave. Les statistiques semblent contredire cette assertion ; on a en effet trouvé sur six cas consécutifs à l'accouchement 6 morts, pour 6 guérisons et 1 mort après 7 avortements, et 3 guérisons et 1 mort à la suite de 4 grossesses mûres. L'affaiblissement organique assombrit toujours le pronostic. Quoiqu'il en soit, celui-ci paraît en rapport avec la précocité et la radicalité de l'intervention, mais n'en reste pas moins d'une grande malignité. Comme le fait très justement observer Grein (1), à propos d'un cas de chorio-épithéliome malin de l'utérus, la démonstration de la régression spontanée de ces tumeurs n'est pas encore faite, et il n'est pas un seul fait où après diagnostic formel de chorio-épithéliome, la guérison ait eu lieu en dehors de toute thérapeutique.

(1) Grein. Arch. f. Gyn. 1904. Bd. LXXII p. 470.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DES TUMEURS PRIMITIVES DU VAGIN

I. — Chez l'enfant. — L'étude que nous avons faite des sarcomes du vagin dans l'enfance, nous montre combien peu on devra s'attarder à l'interprétation des symptômes fonctionnels survenant dans la sphère génitale des petites-filles. Toute attente dans l'examen physique serait d'autant plus coupable, que cette exploration est seule capable de donner la clef d'un néoplasme qui lentement, sournoisement, se développe et grandit.

La constatation dans le vagin des masses polypeuses que nous avons décrites plus haut ne peuvent laisser de doute sur leur nature maligne et le diagnostic de sarcome s'impose immédiatement. Les tumeurs du vagin sont d'ailleurs rares chez les enfants, et il s'agit presque toujours de sarcomes. — Des kystes ont été signalés par Huguier (1) chez de jeunes enfants ; Winckel et Guersant ont rapporté des cas de cancer primitif du vagin ; mais ces lésions sont absolument exceptionnelles.

Dans le cas de papillome vaginal dû à Lewis W. Marshall (2), il est bien probable qu'il s'agissait de sarcome, analogue à ces tumeurs papillomateuses de Schuchardt, dont la structure avait les caractères microscopiques du sarcome à cellules rondes.

Dans les cas où la tumeur apparaît à l'extérieur, l'erreur pourrait être commise avec un polype de l'urèthre ou du vagin. Dans le premier cas, l'examen attentif du canal avec une sonde molle pénétrant sans encombre dans la vessie, permet d'éliminer ces petites productions. Dans le cas possible, mais

(1) *Huguier*. *Bullet. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*. 1847.

(2) *Lewis W. Marshall*. *British. méd Journ*. 1889 I. p. 127.

très rare où l'on soupçonnera un polype vaginal (1), le diagnostic ferme ne devra être posé que par l'examen histologique, après excision de la partie néoplasique procidente. Et cependant des erreurs sont possibles. Dans l'observation de M. le Pr Le Dentu, la tumeur examinée une première fois avait été déclarée être un *polype du vagin* ; l'examen microscopique l'avait étiquetée « *fibrome mou* tellement vasculaire, qu'on » pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'un *angiome* ». La suite des événements ne confirma pas le diagnostic. M. Le Dentu pense que de telles confusions sont possibles, et « que dans certains cas, les parties les plus périphériques de » ces sarcomes végétants de l'enfance peuvent ne pas posséder, » la même structure que celles qui sont les plus rapprochées » de leur base d'implantation ».

II. — Chez l'adulte. — Il serait oiseux de revenir ici sur les différents caractères étudiés dans les chapitres précédents et qui donnent à chaque variété de tumeur primitive du vagin une individualité clinique. Nous avons pu voir que les symptômes fonctionnels, malgré des divergences dans l'ordre de leur apparition, leur intensité, leur durée, sont à peu près constants dans l'évolution de toutes les tumeurs : hémorragies vaginales, écoulements variés, leucorrhéiques, muco-sanguinolents, purulents ou fétides, douleurs, troubles de voisinage diversement associés, et qu'ils ne permettent jamais d'augurer de la nature de l'affection qui en est la cause ; le toucher vaginal et rectal, l'examen au spéculum, tout cela méthodiquement pratiqué permettrait le plus souvent de se faire une idée précise de la tumeur observée ; mais, dans un certain nombre de cas, l'examen histologique deviendra indispensable pour confirmer un diagnostic hésitant ou incomplet.

Le vagin est un organe très tolérant à l'égard des tumeurs,

(1) *Martin* a rapporté le cas d'un polype long de 18 millimètres, inséré sur la paroi postérieure du vagin, qu'il enleva chez une petite fille nouveau-née. — *Traetzel* a extirpé une tumeur analogue, mais ayant le volume du poing, qui avait provoqué de la rétention d'urine pendant 36 heures, chez une enfant âgée de 15 mois.

comme il l'est d'ailleurs pour les corps étrangers, et c'est assez rarement qu'on pourra surprendre les néoplasies à leur début ; leur évolution est déjà avancée quand les malades consultent, ou c'est par hasard, à l'occasion d'un tout autre état pathologique, que l'examen génital, qu'on doit pratiquer chez toute femme malade, révèle leur existence.

Lors donc qu'on se trouve en présence d'une tumeur à siège vaginal, le premier point à élucider est de déterminer si cette tumeur appartient bien au vagin. Quant au diagnostic de la nature de l'affection, on devra l'envisager différemment, suivant le siège et l'aspect extérieur de la tumeur qui peut faire saillie hors la vulve, être contenue dans le canal vaginal, être ou non ulcérée.

A. — S'AGIT-IL D'UNE TUMEUR DU VAGIN ?

On sait très bien que les *corps étrangers* introduits dans le vagin peuvent s'incruster de sels calcaires et s'entourer d'une zone végétante formée par la muqueuse, qui peut s'ulcérer ; la masse ainsi constituée peut très bien en imposer pour une tumeur fibreuse ou sarcomateuse ou encore prendre l'aspect d'une tumeur maligne. Mme Boivin et Dugès (1) ont vu une éponge incrustée de sels calcaires et entourée par les parois vaginales hoursoufflées et fongueuses. Dupuytren rapporte l'observation d'une opération qu'il dût pratiquer pour extraire un pot de pommade de l'intérieur de productions bourgeonnantes du cul-de-sac vaginal postérieur.

Dans le même ordre de faits, nous devons signaler les cas où un *calcul urinaire* se sera développé dans le vagin et y fera saillie, au point de simuler une tumeur de ce conduit. Griffault (2) en a rapporté une intéressante observation, où un calcul s'était formé directement dans le vagin, aux dépens

(1) Madame Boivin et Dugès. Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.

(2) Griffault. Société des sciences méd. de Poitiers.

d'une urine fortement calcaire, filtrant depuis six ans, à travers une fistule vésico-vaginale. Chéron (3) a observé le cas d'un volumineux calcul développé dans un kyste du vagin ouvert dans l'urèthre, et à ce propos fait remarquer que les faits ne sont pas absolument rares de calculs accumulés dans la poche d'une uréthrocèle ou d'un kyste communiquant avec le canal, et faisant saillie à la paroi vaginale antérieure, où ils forment une pseudo-tumeur du vagin. Le docteur F. Labadie-Lagrave nous a communiqué un cas, où un calcul urétral saillant dans la cavité du vagin avait pu faire songer à un fibrome de ce conduit.

L'examen méthodique de l'urèthre, au moyen d'une sonde métallique, les troubles urinaires, la coexistence observée d'une fistule uréthro-vaginale permettront le diagnostic de cette variété de calculs à évolution vaginale.

Des *tumeurs du rectum* ou de la *vessie* peuvent proéminer dans la cavité du vagin et faire croire à une tumeur de cet organe. Certaines néoplasies vaginales ont été confondues avec des cas de rectocèle, de cystocèle ; ce sont principalement celles qui, insérées sur les parois antérieure et postérieure, font une légère saillie à l'extérieur ; mais si l'on essaie de refouler le pseudo-prolapsus formé par une tumeur vaginale, on éprouve une résistance inusitée dans les cas de rectocèle ou de cystocèle ; il suffit alors de faire le toucher rectal ou le cathétérisme combinés au toucher vaginal pour apprécier le volume, la forme, la consistance de la tumeur, et faire rejeter l'hypothèse de prolapsus du vagin.

Un *prolapsus utérin* complet peut ressembler à s'y méprendre à certaines tumeurs du vagin, surtout à quelques variétés de fibro-myomes. L'aspect, la consistance, les modifications de la muqueuse paraissent identiques ; parfois même, on a pu distinguer au-dessous de la tumeur un orifice rougeâtre, d'où s'écoule un liquide séro-sanguinolent (Potel). Dans ces conditions, l'erreur est possible, et dans certains cas (Boivin, Hof-

(3) Chéron. Gazette des Hôpitaux, 30 avril 1887.

mokl), la tumeur a été réduite et un pessaire appliqué. Mais; à moins que la tumeur ne soit très volumineuse et empêche l'exploration digitale, on pourra suivre facilement le pédicule dans le vagin et sentir l'utérus à sa place normale.

Il en sera de même dans les cas de *polype de l'utérus* qu'on différenciera d'une tumeur vaginale par un examen méthodique, montrant son point d'attache et ses connexions, et dans les cas *d'inversion utérine*.

Mais il est une autre variété de tumeurs appartenant à l'utérus et faisant saillie dans la cavité vaginale qu'il faudra encore savoir éliminer, ce sont les cas de *fibromes utérins sous-séreux pédiculés*, ayant dédoublé la cloison recto-vaginale. Tant que persiste l'union de ces tumeurs avec l'utérus, on voit facilement qu'elles leur appartiennent, les mouvements se transmettent de l'une à l'autre, et la matrice est parfois le siège d'autres néoformations semblables; mais si les fibromes deviennent libres, par rupture du pédicule, énucléation, le diagnostic est des plus difficiles avec une tumeur du vagin.

B. — LA TUMEUR EST VAGINALE

1° *Elle n'est pas ulcérée*. On peut avoir à faire dans les cas de tumeur sessile, à un *kyste du vagin*, qui est souvent l'occasion d'une erreur de diagnostic, surtout avec les fibromyomes. Dans deux cas de fibromes vaginaux rapportés par Philips, la fluctuation semblait exister, et après ablation la tumeur on avait encore la sensation d'un liquide contenu dans une poche à parois flasques.

Généralement cependant, la tumeur formée par les kystes du vagin s'établit silencieusement, est indolore, molle et le siège d'une fluctuation dont on peut se rendre compte soit par le toucher vaginal simple, soit par le toucher combiné vagino-rectal. Ces kystes siègent ordinairement sur la face antérieure, correspondant au canal de l'urèthre ou à la face inférieure de la vessie, et l'on a signalé certains kystes sous-uréthraux qui

ont pu être confondus avec des fibromyomes de même siège ; on peut les rencontrer aussi fréquemment sur la face postérieure, à 4 ou 5 centimètres en arrière de la vulve ; mais moins souvent sur les parois latérales. Leur diagnostic est le plus souvent facile ; mais il faut se rappeler que les tumeurs fibreuses du vagin sont fréquemment le siège de modifications œdémateuses, qui peuvent les faire prendre pour des kystes (Pelletan). Dans les cas douteux, on serait autorisé à pratiquer la ponction exploratrice (Terrillon), et cela d'autant plus que certains kystes ont une paroi très épaisse et ne présentent pas de fluctuation.

Leur contenu est formé par un liquide incolore, filant, visqueux, transparent ou de teinte sucre d'orge, (Pozzi), et le microscope y décèle la présence de cellules épithéliales à divers degrés d'altération. Leur paroi est formée de tissu conjonctif fibrillaire, contenant parfois des fibres musculaires servant de substratum à une couche unique de cellules épithéliales cylindriques, rarement de cellules pavimenteuses.

Les mêmes remarques peuvent s'appliquer aux *abcès vaginaux*, souvent à siège sous-urétral. Nous ne voulons pas parler ici des abcès aigus, qui forment des tumeurs rouges, œdématisées, très fluctuantes, survenant fréquemment au cours de l'urétrho-vaginite blennorrhagique, à la suite de traumatismes répétés, et qui, semblables à des hygromas, se développeraient parfois dans une bourse séreuse sous-muqueuse, mais des abcès à marche chronique, à évolution lente et indolente, qui s'entourent d'une muqueuse épaissie et d'une coque indurée, et simulent alors des tumeurs solides, sous la forme de tuméfactions de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule, dures, résistantes, peu fluctuantes et ne se modifiant pas par la pression (1).

Certaines tumeurs solides du vagin, décrites sous le nom de fibromyomes télangiectasiques, pourraient être assez facilement confondues avec un *thrombus vaginal* ou un *angiome*.

(1) *Calavassy*. Des abcès du septum urétrho-vaginal. Thèse de Lyon 1894.

L'erreur avec un thrombus est d'autant plus admissible, que comme le fibrome télangiectasique, celui-là se rencontre pendant la grossesse et l'accouchement. Il forme une tumeur de la grosseur d'une amande à celle d'un petit œuf, violacée, noirâtre, plus ou moins fluctuante, et qui prend naissance sur la colonne postérieure du vagin, d'où elle peut quelquefois venir faire hernie à la vulve, surtout lorsqu'il s'agit d'un thrombus pédiculé. Il apparaît brusquement et coïncide d'habitude avec des varices vulvaires. Quoique rare pendant la grossesse, le thrombus a cependant été observé (Budin (1), Johannowski, Laviot (2), Auvard (3), qui a rapporté un cas de thrombus pédiculé du vagin chez une femme enceinte de 8 mois).

On retrouvera à l'origine de cette affection l'existence de varices vulvo-vaginales, l'hémophilie, un traumatisme quelconque. On comprend que ces productions thrombosiques, qui présentent souvent une dureté particulière, soit par accumulation de caillots, soit par un début de transformation fibreuse, puissent en imposer pour une tumeur solide du vagin. Mais dans le fibro-myome télangiectasique, la tumeur se développe insensiblement, son volume s'accroît et peut devenir bien supérieur à celui d'un thrombus, et quand elle est le siège d'hémorragies, celles-ci sont abondantes et ne donnent jamais lieu à l'affaissement complet de la tumeur.

Quant aux *angiomes*, le vagin ne semble pas en être facilement atteint; nous n'en n'avons pas trouvé un seul cas dans la littérature. Quoiqu'il en soit, l'angiome caverneux des muqueuses a un début lent, une marche insidieuse, n'est nullement douloureux; la tuméfaction est molle, élastique, de coloration bleuâtre, et devient turgescente sous l'influence des efforts; on y perçoit parfois des battements. Ces caractères suffiraient à distinguer un angiome d'une tumeur solide primitive du vagin, et l'examen histologique, montrant l'angiome

(1) Budin. Femmes en couches et nouveau-nés.

(2) Laviot. Société d'obstét. et de Gynécol. de Paris 1890.

(3) Auvard, Archives de Tocologie 1890.

formé de vaisseaux plus ou moins dilatés, de cavités limitées par des travées fibreuses remplies de sang et tapissées de cellules endothéliales aplaties, complèterait le diagnostic !

Dans d'autres cas, la confusion peut être faite avec une *varice thrombosée* ; nous l'avons vu à propos du chorio-épithéliome primitif, dont l'aspect ressemble singulièrement à celui d'un paquet variqueux oblitéré. Celui-ci a comme accompagnement habituel des varices vulvo-vaginales, sa formation s'est faite au milieu de phénomènes inflammatoires et douloureux ; il donne rarement lieu à des hémorragies abondantes, comme on les voit après l'ulcération du placentome malin. Enfin la notion d'une môle, d'un avortement ou d'un accouchement récents constituera une présomption sérieuse, en faveur de cette tumeur.

Quant à la *dilatation variqueuse simple* des veines du vagin, la confusion paraît presque impossible, malgré le cas de Barnes, dans lequel une multipare enceinte de sept mois présentait une tumeur constituée par des varices moniliformes, s'étendant le long de l'urèthre et remplissant le vagin, faisant même saillie entre les grandes lèvres, et qui fut prise pour un cancer.

Les dilatations variqueuses occupent particulièrement les parois latérales, donnent la sensation de nodosités mollasses, lisses, saillantes, mais réductibles ; elles augmentent par la station debout et les efforts, et sont cause de démangeaisons, de pesanteurs pénibles, de leucorrhée.

Il n'est pas jusqu'à une *gomme, encore non ulcérée* du vagin, ou un syphilome vagino-rectal qui ne puissent être confondus avec une tumeur solide ; mais cette manifestation de la syphilis est excessivement rare à ce niveau ; on devra cependant y penser, rechercher la coexistence d'autres lésions spécifiques en diverses régions, et si le doute existe, instituer le traitement antisypilitique.

Nous avons vu que dans certains cas de cancer vaginal, celui-ci revêt la forme annulaire ; le *rétrécissement sénile* du vagin, souvent accompagné de sécrétions purulentes, pourrait prêter à confusion.

Nous connaissons un cas dû à Smith (1) de *mycosis fonguide* du vagin. Cette affection, qui doit être excessivement rare, aura débuté par des plaques rouges plus ou moins saillantes, avec épaissement et infiltration des parois voisines qui peuvent être le siège d'œdème et de bulles. La tumeur mycosique, de la grosseur d'une noisette à celle du poing, est hémisphérique ou irrégulière par réunion de plusieurs noyaux, à surface parfois lobulée, lisse, vernissée. Elle est mobile, ferme, élastique, indolore et de coloration sombre, violacée. Parfois, à côté d'elle, existeront des éruptions lichénoïdes ou eczémateuses. Sa marche est lente et peut se terminer par la disparition de la tumeur ou par son ulcération. C'est surtout avec le sarcome vaginal que le diagnostic pourra être hésitant.

L'élimination de ces diverses affections, que l'esprit clinique permet de parfaire assez rapidement, nous amène à cette notion qu'il s'agit d'une tumeur solide, non ulcérée du vagin.

Les lipomes, très rares, se reconnaîtront à leur grande mobilité, à l'intégrité de la muqueuse à leur niveau, à la sensation de mollesse particulière et de lobulation qu'éprouve le doigt explorateur.

Les papillomes, qui siègent ordinairement à la partie inférieure du vagin, sont représentés par de petites végétations multiples, arrondies, sessiles ou pédiculées, grisâtres ou violacées, suivant leur degré de vascularisation, et peuvent acquérir un développement tel, qu'elles forment de véritables masses polypeuses, saillant à la vulve. Ces végétations sont molles, saignent facilement et s'accompagnent d'ordinaire d'un écoulement abondant, dû probablement à la vaginite concomitante.

Leur diagnostic est en général facile, d'autant qu'elles coïncident le plus souvent avec la grossesse et disparaissent avec elle, ou avec la vaginite chronique.

Dans les cas douteux, l'examen microscopique, qui montre

(1) Smith. — Note upon a case of mycosis vaginæ. — Medical News, Juin 1903, p. 1204.

des papilles hypertrophiées, composées de tissu conjonctif entourant les vaisseaux et recouvert de cellules épithéliales pavimenteuses, permettrait de reconnaître leur nature exacte.

Les fibro-myomes seront assez facilement reconnus par l'examen direct, lorsque la tumeur n'est pas tellement volumineuse qu'on ne puisse la circonscrire et en reconnaître les limites. Leur rénitence spéciale, leur mobilité sur les tissus voisins, leur développement de prédilection sur la paroi antérieure, et chez des femmes jeunes, de 30-40 ans, enfin la lenteur de leur évolution, seront autant de données pour le diagnostic.

Les sarcomes primitifs du vagin chez l'adulte représentent une des tumeurs les plus rarement observées. On devra y penser toutefois, en présence d'une tumeur vaginale survenue chez une femme au-dessous de 40 ans, tumeur sessile ou pédiculée, à siège indifférent, de teinte sombre, noirâtre, s'accompagnant d'abondantes hémorragies, évoluant vite et donnant des métastases viscérales, qu'il faudra toujours savoir rechercher dans l'appareil pleuro-pulmonaire et lymphatique.

L'épithélioma se reconnaîtra, avant la période ulcéreuse, par l'analyse minutieuse des signes locaux, plaques indurées végétantes, irrégulières, bosselées, noueuses, adhérentes à la muqueuse et plus tard aux plans profonds, ou nodules isolés et rapidement confluents. La tumeur s'est développée chez une femme âgée, sur la paroi vaginale postérieure, elle est douloureuse, s'accompagne d'hémorragies ; les ganglions sont envahis ; la marche de l'affection est rapide et la cachexie précoce. Dans certains cas, comme l'a signalé Denucé (1), on pourrait voir apparaître sur la peau de l'abdomen, de petits nœvi multiples, de dimensions très restreintes, de forme arrondie et offrant une couleur rouge nettement accentuée. Ces productions analogues à celles que signalait Trélat pour les tumeurs du sein, pourraient être de quelque importance pour le diagnostic, et permettrait d'affirmer la nature maligne de la tumeur.

(1) Denucé — iv^e congrès national d'obstétr. de gynéc. et de pédiatrie, avril 1904.

Il est cependant des cas, où le diagnostic de l'épithélioma vaginal devient difficile ; ce sont les faits latents, avec absence complète de signes fonctionnels.

Dans l'observation de Peters, la malade ne présente que quelques pertes blanches, vient consulter pour une bronchite, et l'examen gynécologique fait découvrir un cancer du vagin. D'autres fois, les hémorragies font défaut (Gill) ou les douleurs sont insignifiantes et l'attention n'est nullement appelée du côté des voies génitales. Dans une autre observation, le néoplasme était si petit, qu'on eût grand peine à le découvrir, alors que l'adénite inguinale tenait la scène.

L'examen histologique sera toujours ici des plus utiles. Enfin dans les cas de *chorio-épithéliomes*, c'est sur un interrogatoire minutieux, concernant le passé génital de la malade, qui révélera une môle, un accouchement ou un avortement récents, sur l'existence d'une tumeur bosselée, molle, rouge, violacée, sur l'existence d'hémorragies vaginales que le diagnostic pourra être posé. Il faut cependant être très circonspect, et dans les cas où les symptômes ne paraissent pas probants s'adresser aux recherches histologiques, qui ne permettent pas la confusion avec une autre tumeur, si la structure est nette et révèle sans doutes possibles, les éléments ectodermiques syncytio-cellulaires ou syncytiaux seuls, englobés dans des caillots plus ou moins anciens. Il peut être nécessaire d'examiner des coupes systématiques pour les constater, sans quoi on pourrait diagnostiquer un sarcome télangiectasique, (cas de R. Marie) en présence de caillots plus ou moins dégénérés, envahis par des leucocytes, avec dans leur intimité des masses de tissu néoplasique altérées elles aussi, rendant les figures méconnaissables, ou bien penser à un hématome ou à une varice.

Malheureusement le diagnostic histologique ne permet pas de conclure absolument à la malignité du chorio-épithéliome, le caractère des éléments placentaires dont on a reconnu la présence ne pouvant pas être spécifié néoplasique ou physiologique (Briquel). On pourra reconnaître si les éléments mi-

grateurs sont en voie de dégénération ou ont conservé leurs caractères de vitalité ; mais quant à discerner si une vie néoplasique commence, c'est chose impossible.

Marchand avançait déjà qu'on ne peut associer l'idée de malignité à celle de formation de tumeur, la malignité se déduisant de l'observation clinique.

2° *La tumeur vaginale est ulcérée.* — La forme ulcéreuse est très fréquente dans les affections du vagin, aussi le diagnostic des tumeurs ulcérées pourra-t-il présenter d'assez sérieuses difficultés.

Les *vaginites simples* ou *blennorrhagiques* durant depuis longtemps, peuvent s'accompagner d'ulcérations, dites par macération (Martineau) ; mais ce sont plutôt des érosions inflammatoires, superficielles, à fond rouge et sans induration, siégeant le plus souvent à la partie supérieure du vagin. Elles disparaissent d'ordinaire avec la maladie qui leur a donné naissance et à laquelle il est facile de les rattacher.

Celles qui surviennent à la suite de *blessures, traumatismes obstétricaux, corps étrangers* du vagin, s'accompagnent de perte de substance et sont plus ou moins étendues en profondeur et en superficie ; leurs bords irréguliers sont entourés de tissu cicatriciel et d'une muqueuse enflammée ; elles s'accompagnent d'écoulements fétides et de vives douleurs, qu'on ne rapportera à leur véritable cause que par une sérieuse enquête étiologique.

L'ulcération du *chancre mou* est circulaire, superficielle et généralement peu étendue ; c'est d'après Fournier, « une exulcération qui effleure le derme, sans l'entamer » ; mais bientôt, on la voit s'étendre en surface, offrir un fond excavé, déchiqueté, recouvert d'un liquide purulent ou d'une fausse membrane diphtéroïde grise ou jaunâtre, très adhérente, avec des bords taillés à pic ou un peu décollés. Son évolution est rapide, son inoculabilité facile ; elle s'accompagne d'ulcérations de même nature dans le voisinage, (fourchette vulvaire, périnée, anus), et d'adénites inguinales successives.

L'examen bactériologique met facilement en évidence, le bacille de Ducrey, spécifique de l'ulcère vénérien.

Le chancre syphilitique est excessivement rare dans le vagin, (Fournier : 1 cas sur 249) ; c'est encore une érosion, déprimée, bien circonscrite, indolente, à bords surélevés, se continuant sans ressaut avec le fond de l'érosion, à fond rouge luisant, vernissé et dur, et dont les dimensions ne dépassent guère celles d'une pièce d'un franc. Le diagnostic est ordinairement facile, surtout si le chancre s'accompagne de syphildes érosives, de polyadénite inguinale, etc. Il se juge par sa rapide évolution.

Quant aux *érosions de la syphilis secondaire*, on ne peut les confondre avec une tumeur ulcérée : elles sont multiples, arrondies, de niveau avec les surfaces voisines et de coloration rouge groseille ou blanche opaline, avec des bords représentés par un petit liséré rouge ; de plus, elles se montrent indolores, sans réaction inflammatoire et sans sécrétions. Leur disparition rapide sous l'influence du traitement spécifique servira plus à confirmer le diagnostic que l'examen des lésions peut laisser en défaut. (Prieur : Thèse de Paris 1881).

Les *gommés ulcérées du vagin* sont une rareté pathologique. Ce sont des ulcérations régulièrement arrondies, à bords taillés à pic, à fond inégal, rempli de débris gommeux jaunâtres en voie d'élimination ou de détritüs sanieux difficiles à enlever. L'évolution en est très lente. Elles guérissent en quelques jours, par le traitement spécifique.

Les ulcérations dues à un *processus herpétique* siègent à la partie inférieure du vagin, causent du prurit et de la brûlure, ont des bords polycycliques et une surface blanchâtre ou d'un rouge vif. Survenant au moment des règles, elles s'accompagnent d'un léger mouvement fébrile, et se terminent en 8 ou 10 jours par la guérison. La coexistence de quelques vésicules intactes, qui piquées, donnent issue à un liquide clair, ne laisse aucun doute sur la nature des ulcérations.

Le processus ulcéreux qui peut se montrer pendant l'évolution du *zona vaginal*, se présente sous forme linéaire, unilaté-

rale, s'accompagne de névralgies intenses et d'inflammation de toute la muqueuse qui cependant secrète peu. (Martineau).

Les ulcérations tuberculeuses se montrent rarement dans le vagin de l'adulte, Verneuil, E. Deschamps (1), Jorfida (2), A. Martin (3); par contre elles seraient relativement plus fréquentes chez les enfants du premier âge (Dehse, Bruning), où la contamination semble provenir de la mère.

Ces ulcérations, dans les rares cas où on les a observées chez l'adulte, sont en général à fond plat, d'aspect grisâtre, comme découpées à l'emporte-pièce (Voigt). Elles apparaissent caractérisées au début par de l'infiltration péri-vasculaire, puis les différents foyers confluent et leur centre de nécrose.

Dans un cas observé par Emmanuel dans le service de J. Veit, une ulcération tuberculeuse existait superficiellement, et dans la profondeur des tubercules, des foyers d'infiltration, des points en voie de caséification, signatures de la nature de l'ulcération. Celle-ci est indolore, saigne facilement et s'accompagne d'un écoulement jaunâtre abondant.

L'examen histologique et bactériologique, les inoculations aux animaux sont les éléments décisifs du diagnostic, et qui le rendent indiscutable. Il est également important de rechercher des lésions tuberculeuses dans les zones supérieures de l'appareil génital et dans telle autre région de l'organisme; comme aussi de savoir si le mari ou l'amant est affecté de tuberculose de la sphère génitale, connaissance qui facilite le diagnostic avec les autres ulcérations du vagin, et éclaire l'étiologie de la maladie.

Il faut également faire le diagnostic avec ce que l'on décrit sous le nom d'*ulcère rond du vagin*. (Zahn, de Genève 1884, Beuttner). Cette ulcération siège sur la paroi postérieure, dans le cul-de-sac, a une forme arrondie, les dimensions d'une pièce de deux centimes; ses bords sont pâles et son fond déprimé, rouge, recouvert d'une sécrétion rare. On l'a crue de nature

(1) E. Deschamps. — Archives de Tocologie, 1885. p. 21.

(2) Jorfida. Annales de Gynécologie 1901. p. 138.

(3) A. Martin (de Greifswald). IV^e Congrès de Gynécologie et d'obstétrique. Rome. Septembre 1902.

cancéreuse, mais les examens histologiques montrent qu'il s'agit d'une nécrose circonscrite, consécutive à une oblitération artérielle par endartérite. Cet *ulcus rotundum* vaginal est l'apanage des vieilles femmes.

L'ulcération du *mycosis fongoïde*, si rarement observée, est superficielle, saigne facilement et peut présenter plusieurs orifices, d'où s'écoule un liquide fétide. Son aspect est fongueux ; un bourrelet de 5 à 10 millimètres qui représente la zone d'envahissement la sépare des parties périphériques infiltrées. Cette ulcération qui a tendance à gagner en profondeur s'accompagne toujours d'adénopathies et pourrait être confondue avec un sarcome ulcéré.

Dans les cas de *fibrome ulcéré*, le fait que la malade porte sa tumeur depuis déjà quelques années, la conservation de l'état général, et les caractères que nous avons assignés à la tumeur fibreuse, feront aisément le diagnostic de cette variété d'ulcération.

Les *ulcerations des sarcomes* sont généralement assez tardives, mais quand elles apparaissent, elles prennent une rapide extension, reposent sur une large base indurée, de consistance homogène, saignent abondamment et ont une grande tendance envahissante. Elle sont assez régulières, arrondies, à bords mous et amincis, décollés et présentent un fond bourgeonnant, pouvant former un véritable fungus.

Le *cancer primitif* du vagin présente des ulcérations, qui siègent sur la surface plane mais en saillie du néoplasme ; elles saignent facilement au moindre contact, produisent une sécrétion fétide et se laissent désagréger aisément par le doigt explorateur.

Elles prennent parfois la forme annulaire, et autour d'elles la paroi vaginale est plus ou moins infiltrée.

Nous avons vu déjà que l'ulcération du *chorio-épithéliome* se présente avec des bords amincis, peu nets, qu'elle est recouverte de caillots sanguins, noirâtres et le siège d'hémorragies abondantes. Nous n'insisterons pas davantage.

Le diagnostic de ces ulcérations des tumeurs du vagin est

parfois des plus difficiles ; il serait bien hasardeux et peut-être coupable de les juger sur leur évolution. Une biopsie est toujours facile ; et c'est par l'examen microscopique d'un petit fragment d'une production douteuse, que le diagnostic deviendra certain et que la thérapeutique pourra être active et utile.

Quant à la question de savoir si la tumeur est primitive ou secondaire, l'examen attentif de l'utérus, le curettage et l'étude histologique des débris, l'exploration de la vessie, du rectum, permettront de s'assurer qu'il n'y a pas de foyer en dehors du vagin. Les organes éloignés ne devront pas être non plus négligés ; un cancer viscéral à distance pouvant être la cause de noyaux métastasiques dans le vagin.

Il faut savoir cependant que dans certains faits de chorio-épithéliome, l'examen des débris ramenés par le curettage d'un utérus encore gros, et qui renferment des cellules syncytiales ne permet pas d'affirmer que l'organe est malade ; ces cas se rapportent à des utérus en subinvolution avec des débris placentaires retenus, et la tumeur vaginale doit conserver son caractère primaire. — Mais aussi, le curettage peut être absolument négatif (Holzapfel), et l'utérus contenir une masse chorio-épithéliomateuse isolée dans la paroi musculaire. Ces faits ont poussé plusieurs chirurgiens à adopter l'hystérectomie totale avec l'extirpation de la tumeur vaginale.

L'étude des connexions des tumeurs du vagin avec les organes voisins, la recherche des adénopathies et des localisations viscérales, contribueront pour une large part à parfaire le diagnostic clinique et à poser les indications de l'intervention.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Nous envisagerons dans l'étude de cette question deux ordres de faits, se rapportant les uns à la thérapeutique des tumeurs bénignes (lipomes, fibromyomes), les autres à celles des tumeurs malignes représentées par le sarcome, les cancers, le chorio-épithéliome.

A. — TRAITEMENT DES TUMEURS BÉNIGNES. L'unique traitement des *fibromyomes* du vagin consiste dans l'ablation de la tumeur. Dans certains cas cependant, où la tumeur est petite et à l'état de repos, on pourrait différer l'intervention, surtout s'il s'agit de femmes âgées ou atteintes d'une affection générale qui contre indique un choc opératoire quelconque (Philips). Mais dans toute autre circonstance, si la tumeur est volumineuse, et surtout si l'on constate qu'elle grossit rapidement, qu'elle se pédiculise, qu'elle se sphacèle, ou qu'elle devient l'origine de troubles mécaniques de compression, il faut intervenir.

Nous n'insisterons pas sur les premiers procédés employés, *écrasement, ligature élastique, torsion ou section simple* du pédicule.

L'*écraseur* (Storer, Jacobs (1), Mac Clintock), présente plusieurs inconvénients; il casse facilement sur les tissus très résistants, les sectionne fort lentement, a tendance à remonter et à léser les parties voisines.

La *torsion* est dangereuse; il est très facile pour les tumeurs qui siègent sur la paroi antérieure, de comprimer la vessie ou

(1) Jacobs. Berl. Klin. Wochenschr. 1869. n° 25.

l'urèthre dans le pédicule, et de produire ainsi une fistule vésico-vaginale.

L'anse galvanique a pu être employée avec succès par Barnes et Neugebauer ; mais ce procédé peu chirurgical est d'un maniement délicat et peut être dangereux pour les tissus de voisinage. Quant à la *section simple du pédicule* de la tumeur, elle ne nous paraît pas recommandable : outre qu'un prolongement de la vessie ou du rectum étiré par le développement du fibrome, peut être contenu dans son pédicule et coupé avec lui (observ. de Kleinwachter, Lisfranc), il est fréquent qu'une hémorragie abondante suive la section de ces polypes vaginaux, nécessitant l'emploi d'une hémostase secondaire ou de cautérisations. (Cas de Hœning, observé à la clinique de Bonn) (1).

A l'exemple de Potel, nous envisagerons les trois éventualités suivantes :

1. La tumeur est circonscrite et bien pédiculée.
2. Elle est pédiculée, mais impossible à limiter.
3. Elle est sessile.

Dans le premier cas, la meilleure pratique consiste à s'assurer qu'aucun recessus vésical ou rectal ne s'insinue dans le pédicule ; alors, on incisera et décollera la muqueuse, afin de réduire le pédicule à ses vaisseaux et à leur gangue fibreuse, puis la section en sera pratiquée, après avoir préalablement passé un fil double à sa base. Il sera facile ensuite de suturer les lambeaux muqueux, pour réparer la petite perte de substance ainsi produite.

Quand le fibrome, quoique pédiculé, est tellement gros qu'il comble le vagin et qu'on ne peut délimiter ses contours, il est indispensable d'abaisser la tumeur. Cette manœuvre souvent facile par des tractions au moyen de fortes pinces à griffes, pourra nécessiter parfois l'emploi du forceps obstétrical, Thornton Parker (2). On procèdera alors à la section du pédicule comme ci-dessus. Mais si le volume de la tumeur ou des adhérences avec les parties voisines empêchent de l'extraire du

(1) *Hœning*. Berl. Klin. Wochenschr. 1869 n° 6.

(2) *Virginia medical Monthly*, Richmond 1886-87, xiii, p. 793.

canal vaginal, on recourra au *morcellement*, comme l'a si bien décrit Péan, pour les corps fibreux de l'utérus. Après une incision profonde perpendiculaire au grand axe de la tumeur, on saisit chacune des lèvres supérieure et inférieure de la section avec de grosses pinces de Museux, et cela aussi haut que possible, puis l'on excise la partie sous-jacente à la pince, non sans en avoir glissé une seconde au-dessus d'elle avant de l'enlever ; on peut ainsi sectionner une nouvelle partie du fibromyome, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on puisse arriver au niveau du pédicule et en faire la ligature.

En aucun cas, on imitera la conduite de Storer, qui, pour libérer la tumeur, introduisit la main dans le rectum, après dilatation forcée du sphincter et l'accoucha hors du vagin par des pressions de haut en bas.

Enfin, lorsque la tumeur est *sessile*, le meilleur procédé d'ablation consiste à pratiquer *l'énucléation vaginale*. La muqueuse sera incisée longitudinalement jusqu'à la tumeur, qu'on sépare d'abord de son revêtement muqueux ; puis l'ayant fixée au moyen de pinces solides, on procède à la décortication des parties profondes. Cette manœuvre est des plus faciles, si le fibrome est encapsulé. Mais il faut savoir que la capsule fait parfois défaut, et que la tumeur peut faire partie intégrante du tissu conjonctif environnant ; l'intervention devient ainsi plus laborieuse, souvent incomplète et même dangereuse pour le rectum, la vessie ou l'urèthre, qu'on devra constamment surveiller, afin de s'en tenir suffisamment éloigné.

Nombre d'auteurs se contentent après l'énucléation, de faire un tamponnement serré, qui a l'avantage d'être hémostatique, et d'accoler les surfaces cruentées (Potel). Vingt et une fois dans les 29 observations rassemblées par J. Philips, ce procédé fut employé et donna les meilleurs résultats.

Nous pensons qu'avec une asepsie stricte, il est préférable d'exciser les lambeaux de muqueuse devenus inutiles et de réunir les lèvres de la plaie opératoire, après une bonne hémostase, par des points de suture profonds et superficiels, ne laissant aucun espace mort. Des mèches de gaze aseptique seront maintenues dans le vagin pendant 48 heures.

Si une tumeur bénigne du vagin est observée pendant le cours de la grossesse, elle prend de ce fait un caractère véritable de malignité, à cause des accidents qu'elle peut provoquer pendant le travail et l'expulsion du fœtus.

L'intervention s'impose et immédiate ; il est d'ailleurs fort rare que l'interruption de la grossesse en soit la conséquence. Si on est appelé seulement au moment du travail, la conduite sera la même ; il faut absolument libérer les voies génitales. On a signalé un cas où, pendant l'accouchement, s'était produit un arrachement du fibrome et de la vessie, et dans une circonstance, une fracture du pubis à l'occasion d'une application de forceps.

Une autre circonstance justifie encore l'intervention rapide dans ces cas, c'est que les fibromes pédiculés subissent pendant le travail des troubles de leur vascularisation tels, qu'un sphacèle rapide peut en être la conséquence et devenir la cause d'une infection, qui sera toujours évitée par leur ablation, à fortiori si la tumeur est déjà ulcérée et le siège d'écoulements.

Dans de très rares cas de tumeur excessivement volumineuse remplissant le vagin et l'excavation, quand l'enfant souffre depuis quelque temps, l'opération césarienne peut être discutée (Pillore). Nous ne pouvons, à ce point de vue, donner d'indications précises, celles-ci relevant de facteurs nombreux et devant s'adapter aux circonstances.

B. — TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES. Lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes du vagin, l'ablation en est urgente et le but que doit se proposer le chirurgien est d'enlever la totalité des tissus malades, en dépassant aussi largement que possible les limites du mal. — Cette règle générale de la chirurgie du cancer s'applique à tous les cas de sarcomes, d'épithéliomas de chorio-épithéliomes.

C'est par un examen complet, qu'on tranchera la question de l'opérabilité ou non du néoplasme, basée non seulement sur sa forme, son volume, mais surtout sur ses connexions avec les organes voisins, l'état de ceux-ci, et le degré de résistance de la

malade. S'il est en effet facile et peu dangereux d'enlever une tumeur du vagin à ses débuts, chez une femme ou une enfant encore bien portantes, il n'en est plus de même en présence de ces tumeurs énormes, distendant le vagin, comprimant les nerfs du bassin, la vessie, le rectum dont elles infiltrant les parois, ayant envahi les zones génitales supérieures, et dont l'ablation nécessitent des délabrements considérables, qui n'arrivent pas le plus souvent à extirper tout le mal et se terminent par une opération incomplète.

L'acte chirurgical dirigé contre les tumeurs malignes du vagin consistera donc tantôt à enlever simplement la tumeur lorsque celle-ci est bien limitée, à ses débuts, et que l'incision peut passer en tissus sains, tantôt à extirper en totalité le vagin, l'utérus, le rectum, et même à aller à la recherche des masses ganglionnaires dégénérées.

L'ablation des *tumeurs pédiculées* ou en *grappe* faisant saillie hors la vulve est des plus simples.

Celles-ci attirées au moyen d'une pince seront rendues aussi pricodentes que possible, et le bistouri délimitera sans peine leur surface d'implantation, disséquant dans les plans de clivage vésico et recto-vaginaux, de façon à éviter les plaies des organes voisins et les fistules consécutives.

1°. — ABLATION DES TUMEURS LIMITÉES AU VAGIN. Dans les cas de *cancer limité au vagin*, la *vore vaginale* est la plus naturelle et la plus simple, surtout si la tumeur siège à la partie inférieure de l'organe. Dans ces conditions, on circonscrit la tumeur par une incision, qui empiètera largement sur les tissus sains, on la détache de sa base d'implantation et l'on termine par une double rangée de sutures profondes et superficielles ; le drainage ne deviendra utile, que si la cavité prérectale formée par l'ablation de la tumeur est un peu étendue, ou si on se trouve en présence d'un néoplasme infecté, donnant lieu à des écoulements purulents. (Schröder) (1).

Dans certains cas de tumeur très vasculaire, on pourrait

(1) Schröder. Maladies des organes génitaux de la femme, 1886.

être appelé à utiliser pour l'ablation, le thermo-cautère ou l'anse galvanique. (Mackenrodt et Jordan) (1).

Certains auteurs ont proposé de faire sur la vulve des *incisions libératrices latérales*, surtout lorsque le néoplasme siège à la partie supérieure du vagin ou bien est très étendu ; d'autres se contentent d'une simple dilatation vulvo-vaginale. Il suffit parfois de poser autour de la masse néoplasique, une série de pinces à abaissement, qui permettent de tendre les tissus et d'extérioriser la portion du vagin qui en est le siège.

L'opération par la voie vaginale présente un certain nombre d'inconvénients ; elle n'offre pas un champ opératoire bien accessible à l'œil et au doigt, et ne manœuvrant pas à l'aise dans le canal vaginal, l'on n'est pas sûr d'enlever la totalité du mal.

Martin donne des résultats peu encourageants : « Toutes mes malades, dit-il, ont été atteintes de récurrence, et cependant, je suis persuadé d'avoir opéré, tout au moins dans la majorité des cas, en tissus sains ».

De plus, si l'on ouvre le cul-de-sac péritonéal, dans l'extirpation vaginale des néoplasmes haut situés, on risque de l'infecter par les doigts ou les instruments qui viennent d'être en contact avec des tissus cancéreux.

C'est pour se donner plus de jour et pour chercher à prévenir les inoculations dans les tissus sains d'éléments dégénérés, les *greffes cancéreuses*, qu'Olshausen (2) a imaginé la *voie périnéale*. Cette opération est une adaptation de la périnéotomie conseillée en 1889 par Otto Zuckerkandl, pour l'extirpation de l'utérus.

Pour pratiquer l'extirpation des néoplasies vaginales par cette voie, on place la malade dans la position de la taille ; lorsque par une incision périnéale transversale, on a sectionné la peau et le fascia superficialis et qu'on a décollé le lambeau, on sectionne les fibres du sphincter externe, qui sont au voisinage de la fourchette, puis en s'aidant du toucher rectal, on

(1) Mackenrodt et Jordan. Centralbl. f. Gynæk., février 1896, p. 126.

(2) Centralbl. f. Gynæk., janvier 1893.

sépare le rectum du vagin dans toute la hauteur du sphincter.

Après avoir coupé, à droite et à gauche, les fibres du releveur qui viennent s'insérer sur le rectum, on sépare facilement celui-ci du vagin ; ce dédoublement de la cloison sera poursuivi jusqu'au cul-de-sac de Douglas, sans que le bistouri ait encore pénétré dans des tissus infectés. On a alors une plaie largement béante, limitée en arrière par le rectum, en avant par le vagin et sur les côtés par les ischions recouverts par la graisse de la fosse ischio-rectale et laissant pendre les faisceaux détachés du releveur. Le décollement sera poursuivi sur les parties latérales, autant qu'il sera nécessaire, pour libérer complètement la tumeur ; il devient alors facile de l'enlever, en empiétant largement sur les tissus sains.

Dans les cas de vagin étroit et d'oblitération de sa lumière par la masse néoplasique, l'excision sera facilitée si l'on fend la partie inférieure de la paroi vaginale décollée, depuis la fourchette jusqu'au voisinage du néoplasme ; en écartant et en mobilisant les lambeaux ainsi formés, on peut rendre le champ opératoire beaucoup plus accessible à la vue et procéder avec sûreté à l'extirpation des parties malades (1).

On termine par la suture du vagin et le drainage du cul-de-sac à la gaze iodoformée. On peut comme l'a fait M. Pozzi, réunir la plaie périnéale, suivant une ligne perpendiculaire au trajet de l'incision, comme dans la périnéorrhaphie à la Lawson-Tait.

Ce procédé a l'avantage de donner de l'espace, d'enlever complètement les parties malades, d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal quand cela est nécessaire, avant que l'on ait été en contact avec le néoplasme. On réduit ainsi au minimum le danger des greffes cancéreuses.

Malgré cela, les résultats de ce procédé sont peu favorables au point de vue de la récurrence. Sur 16 malades opérées de cancer du vagin, à la clinique d'Olshausen, chez 15 la récurrence fut rapide, tandis que dans un seul cas, la malade paraissait

(1). Labusquière. Traitement chirurgical du carcinome primitif du vagin. Ann. de Gynécologie et d'Obstét. 1894. p. 208.

guérie un an après l'opération. Dans les deux observations rapportées par Thorn (1889 et 1891), l'opération fut également suivie de récédive.

2°. — ABLATION DES TUMEURS ÉTENDUES A L'UTÉRUS, A LA VESSIE ET AU RECTUM. — Dans les cas de cancer du vagin propagé à l'utérus, l'extirpation des deux organes s'impose. Elle devrait même, d'après certains auteurs (Schauta, Dührssen, Amann, Mackenrodt, Kelly, Krœnig) être pratiquée pour les formes localisées, car dans ces formes, il existerait toujours un envahissement assez considérable de la muqueuse vaginale. Dans deux cas de Krœnig (1), une des opérées présentait une récédive et succomba dix semaines après l'opération, l'autre était complètement bien portante, après cinq ans.

Le procédé d'Olshausen, que nous avons décrit plus haut, permet aussi d'enlever l'utérus, en même temps que les parties malades du vagin. Lorsque le cul-de-sac péritonéal recto-utérin a été ouvert transversalement, pour qu'on puisse y engager la main, on saisit le fond de l'utérus qu'on fait basculer et qu'on amène facilement avec les annexes, dans la plaie et même à l'extérieur (Hartmann) (2). Après ligature préalable, on coupe les ligaments larges au niveau de leur insertion, on sépare aux ciseaux la partie vaginale malade et on termine en sectionnant le péritoine en avant de l'utérus, pour le séparer de la vessie.

Dürrssen préfère un procédé, dérivé de sa méthode des larges incisions du vagin et dont le trait principal consiste dans une profonde incision vagino-périnéale, partant du cul-de-sac du vagin, arrivant à la fourchette, et de là se poursuivant jusqu'en arrière d'une ligne qui irait de l'anus à l'ischion. Partant de cette incision, une deuxième circonscrit la tumeur vaginale qu'on sépare des tissus sous-jacents. On continue le décollement jusqu'à dans le cul-de-sac qui est ouvert. Liga-

(1) Krœnig. Traitement opératoire du cancer primitif du vagin. *Archiv. für Gynäkologie*. 1901. Bd LXXIII. H. 1 et 2.

(2) *Ann. de Gynéc. et d'Obstétrique*. Novembre 1889, p. 369.

ture et section du ligament large correspondant, qui est ainsi séparé du col ; le cul-de-sac antérieur est ouvert et le col fixé entre deux pinces est sectionné transversalement ; il suffit alors d'appliquer une pince sur l'autre ligament large qu'on sectionnera entre la pince et le col. Dührssen conseille de s'en tenir là quand seul le col de l'utérus est intéressé, et il termine l'opération par la suture et la reconstitution des lèvres du moignon utérin et de la perte de substance du vagin.

« Si on veut, dit-il, pratiquer l'extirpation totale de l'utérus, « il est préférable de n'y procéder qu'après amputation haute « du col ».

Quand l'incision vagino-périnéale ne pourra être pratiquée, dans les tissus sains, on devra abandonner le bistouri pour le thermo-cautère.

Dührssen juge que son procédé donnerait beaucoup d'aisance et à peu de frais, permettrait d'éviter les contacts avec le néoplasme, et partant les récidives par inoculation ; de plus, il serait moins mutilateur que le précédent.

Thompson a adopté le même procédé, se limitant aussi à l'amputation de la portion haute du col.

Nous ne comprenons pas bien cette parcimonie et cette réserve dans l'ablation de l'utérus, même lorsque le col est seul envahi ?

A. Martin (1) a préconisé l'extirpation totale de l'utérus et du vagin par la voie vaginale, et P. Brosc (2) a pu opérer par ce procédé deux malades, qui n'ont pas présenté de récidive au bout de 9 mois et de 2 ans.

Le vagin est attaqué au niveau de son orifice externe par une incision circulaire passant en arrière près de l'hymen et en avant à 2 centimètres de l'orifice externe de l'urèthre. Décollement de la cloison recto-vaginale, sous le contrôle du doigt placé dans le rectum, et cela jusqu'à ce qu'apparaisse le péritoine du cul-de-sac de Douglas. On incise le cul-de-sac

(1) A. Martin. Traité clinique des maladies des femmes, 1889.

(2) P. Brosc. Ueber extirpatio vaginæ. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, t. XLIII, fasc. 2.

et la lame postérieure du repli péritonéal est attirée à la vulve et fixée là par quelques points de suture.

On sépare de même le vagin latéralement, pinçant et liant des deux côtés les rameaux cervico-vaginaux de l'artère utérine. Enfin, le vagin est séparé de la vessie qu'on écarte de la portion vaginale du col, pour inciser le repli vésico-utérin, dont la lame antérieure est attirée à la vulve et suturée au-dessous de l'orifice de l'urèthre.

Le vagin ainsi complètement décollé est tiré en avant et extirpé avec l'utérus, après section des ligaments larges. Le moignon péritonéal laissé par chaque ligament large, après ligature des artères ouvertes, est attiré en bas et suturé sur les côtés de l'incision circulaire primitive.

Il reste ainsi à la place du canal utéro-vaginal extirpé, un petit conduit à lumière étroite, dont les parois sont complètement revêtues par le péritoine. La vulve est fermée par une suture, qui ne laisse libre que l'orifice de l'urèthre.

Comme Brosc, Trutzi trouve de grands avantages à ce procédé : les surfaces saignantes se trouvant derrière la vessie et devant le rectum sont aussitôt recouvertes par le péritoine, qui les préserve contre l'inoculation cancéreuse, est un moyen d'hémostase contre les hémorragies secondaires et une garantie contre les récidives locales par greffes. Cette méthode, qui permet en outre de faire de larges exérèses, n'a pas encore été consacrée par le succès thérapeutique.

Schauta (1) préféra dans deux cas d'extirpation totale du vagin et de l'utérus, avoir recours à la périnéotomie d'Olshausen, qu'il compléta par le décollement de la vessie de la face antérieure du col et du vagin, et l'ablation en un seul bloc utéro-vaginal.

Dans deux cas antérieurs, il avait procédé par abaissement, circonscrivant le vagin par une incision circulaire et décollement de proche en proche, pour terminer par une hystérectomie vaginale suivant le procédé habituel.

(1) Société d'obstétr. et de gynécol. de Vienne. 28 avril 1903.

A. Sippel (1), dans un cas de cancer étendu à la totalité du vagin transformé en cylindre rigide, mais mobile, employa un procédé qui lui est personnel et qui semble ne présenter aucune difficulté opératoire : incision commençant à gauche (ce côté offrant plus de commodité pour l'opérateur travaillant de la main droite) et un peu au-dessous de la partie moyenne de la vulve et se dirigeant obliquement en arrière et en dehors, en se tenant à égale distance de l'anus et de la tubérosité de l'ischion, jusqu'à dépasser de trois à quatre centimètres l'orifice anal. Cette incision donne accès dans l'espace ischio-rectal gauche. Après écartement des lèvres de la plaie et ligatures vasculaires, on décolle avec le doigt la paroi gauche et postérieure du vagin, de bas en haut, jusqu'au releveur de l'anus ; puis on désinsère en partie l'extrémité inférieure du vagin, en sectionnant la demie circonférence périnéale de la vulve, pinçant à mesure les branches de l'hémorrhoidale moyenne et de la honteuse interne. On achève la désinsertion vaginale inférieure par une incision transversale coupant la paroi antérieure à un centimètre en arrière du méat urinaire.

L'extrémité inférieure du vagin ainsi libérée est alors saisie avec deux pinces et attirée en bas, pendant qu'on fait écarter largement la plaie dans le sens antéro-postérieur. Le doigt reprend alors le décollement du vagin, les branches de l'artère vésicale inférieure sont sectionnées entre deux fils ; à ce moment devient facile la séparation du vagin d'avec l'urèthre et la vessie, qu'on refoule très haut avec les uretères.

Après dissociation du releveur de l'anus, la libération du vagin et du col utérin devient complète. Les ligaments larges sont sectionnés et liés jusqu'au voisinage de l'orifice interne ; puis le Douglas étant fendu transversalement, on saisit le fond de l'utérus et on le fait basculer dans la plaie. On ouvre alors le cul-de-sac antérieur et on achève la ligature et la section des ligaments larges.

Pour terminer l'opération, on suturera l'incision latérale

(1). *Sippel*. Total extirpation von Scheide mit uterus wegen carcinom. Centralbl. f. Gynæk. 27 janvier 1900, n° 4.

extra-vulvaire, pour tapisser ensuite les parois de la brèche cylindrique représentant l'ancien canal vaginal, par des feuillets péritonéaux (moignons des ligaments larges, lame antérieure et postérieure des culs-de-sac vésico et recto-utérins). Des adhérences péritonéales se formeront bientôt et combleront la perte de substance. On suture enfin transversalement la plaie périnéale, en laissant un étroit orifice pour le drainage. Sonde à demeure.

Ce procédé, comme celui de Martin, a l'avantage de permettre d'avoir un bon plan de clivage permettant le décollement facile et sans hémorragie de tout le vagin, grâce à l'incision latérale au niveau de la fosse ischio-rectale, d'extirper tout le néoplasme sans ouvrir le vagin et d'éviter ainsi l'inoculation de la plaie.

En somme, ces divers procédés ont de grandes analogies, poursuivent le même but et sont susceptibles de donner de bons résultats opératoires. Malheureusement, ils ne permettent pas de fouiller le paramétrium, d'explorer et d'enlever les zones ganglionnaires, et sont suivis de récidives à plus ou moins brève échéance, de 4 mois à 2 ans.

Seul Lauenstein rapporte un cas où il n'y eut pas de récidive 3 ans après l'intervention.

La voie abdominale a été employée par quelques auteurs pour répondre aux critiques précédentes. Elle permet d'extirper l'utérus, les annexes, et ne paraît s'appliquer qu'aux cas où les organes abdominaux ont été envahis par la tumeur vaginale. Les néoplasies vaginales ont d'ailleurs assez peu tendance à proéminer dans la cavité abdominale; elles restent le plus souvent localisées à l'excavation pelvienne, et ce n'est que dans des cas très rares que la tumeur émerge au-dessus de la symphyse et réclame de ce fait l'utilisation de la voie haute.

L'on pourrait aussi, lorsque l'utérus et le vagin sont envahis sur une grande étendue, intervenir par *la voie sacrée* qu'ont préconisée Zweifel, Herzfeld, Westermack, Morestin, et qui permet une ablation large. Ce n'est que dans les cas, où l'abord

de la tumeur par la voie vaginale ou périnéale présente de trop grandes difficultés, et lorsque l'excavation sacrée est remplie par la masse du néoplasme, qu'on pourrait songer à l'enlever par la voie sacro-coccygienne.

La voie para-sacro-coccygienne peut permettre, sans toucher au squelette d'aborder assez facilement la face postérieure du vagin. Pour cela, on incise toutes les parties molles, depuis l'épine iliaque postéro-inférieure jusqu'au creux ischio-rectal, le rectum est récliné sur le côté, en ne le perdant pas de vue pendant la dissection au milieu du tissu cellulo-graisseux para-sacré.

Par la résection sacrée, type Kraske ou l'une de ses variantes (Heinecke, Lévy, Roux, Jeannel), on pourra encore aborder les néoplasmes vaginaux, qu'il s'agisse d'une résection latérale définitive du sacrum (Czerny) ou d'une résection temporaire avec formation d'un volet ostéo-cutané, que l'on rabat ensuite (Roux et Terrier). L'intervention est identique à celle que l'on a pratiqué pour intervenir sur l'utérus.

Cette méthode, comme le fait remarquer Martin, ne doit être qu'un procédé d'exception ; elle est grave par le choc opératoire qui en résulte, par la fréquence des complications septiques qui la suivent, et on peut se demander, à juste titre, si l'on est en droit d'appliquer cette opération à une affection récidivant d'une manière aussi désespérante que les tumeurs malignes du vagin. M. Légeu la rejette et se contente des moyens palliatifs, toutes les fois qu'un cancer du vagin est propagé à l'utérus, au rectum ou à la vessie. Les chirurgiens allemands et autrichiens sont plus audacieux et ont eu quelquefois recours à ces audacieuses interventions. C'est ainsi que chez une femme dont le cancer avait détruit la plus grande partie de la cloison recto-vaginale, Eiselberg pratiqua la résection du coccyx, établit un anus sacré après avoir extirpé tout le néoplasme, et, après avoir réuni la plaie par des points de suture, abaissa l'utérus et fixa le col à l'extérieur au niveau de la peau. La guérison fut obtenue assez rapidement, les règles furent librement évacuées et l'incontinence des matières fut de courte durée.

Krœnig va plus loin encore et se demande, si pour se donner plus de garantie contre les récidives, il n'y aurait pas lieu de tenter une extirpation partielle de la vessie et du rectum.

Pour ce qui est de la vessie, la chose paraît assez difficile à accepter, à cause des troubles graves auxquels est exposée la malade, en enlevant des parties de cet organe.

Krœnig pense qu'il n'en est pas de même du rectum, dont l'extirpation pourrait être essayée avec avantage.

Il conseille de « recourir, non pas à l'excision partielle de « la paroi rectale antérieure, mais à une résection circulaire « de la partie inférieure du rectum, avec abaissement de la « partie supérieure et conservation de la fonction du sphincter ». Mais il semble à cet auteur que la voie antérieure est ici préférable à la voie sacrée. On pourrait procéder à l'extirpation du vagin et de l'utérus par la méthode d'Olshausen, puis libérer le rectum, abaisser sa partie supérieure, réséquer une partie de l'organe, et faire une suture circulaire entre les deux bouts (Zweifel) ; ou bien comme l'a fait Friedrich, pratiquer la résection simultanée de la paroi postérieure du vagin avec la partie correspondante du rectum, au moyen d'incisions paravaginales latérales et profondes libérant le rectum, qui sera réséqué après ouverture du Douglas, l'extirpation totale de l'utérus et l'excision partielle de la paroi vaginale antérieure.

Leprévost (1) (du Havre) a préconisé une méthode qui pourrait rendre des services, lorsque dans une opération n'intéressant que le vagin, le sacrifice de la cloison recto-vaginale serait nécessaire. « Elle consiste à disséquer un lambeau semi-lu-
« naire, occupant toute la largeur du périnée, lambeau dont
« la concavité embrasse la fourchette et dont la convexité con-
« fine à l'anus. La muqueuse vulvaire est divisée sur la ligne
« médiane, en avant des caroncules myrtiliformes, de telle sorte
« que le lambeau devient complètement libre et flottant dans
« ses parties moyennes, tandis qu'il se continue avec les gran-

(1) In thèse de Forterre. Paris 1892.

« des lèvres par ses extrémités. On procède ensuite à l'ablation de la cloison, depuis le voisinage du cul-de-sac postérieur jusques et y compris la demi-circonférence antérieure du sphincter anal. Puis le lambeau périnéal est attiré à la rencontre du cul-de-sac postérieur du vagin et fixé au lambeau vaginal supérieur, de telle sorte que sa face cruentée regarde le vagin et sa face cutanée la cavité du rectum. On termine en abaissant par glissement la paroi antérieure du rectum et on la fixe à la plaie périnéale ».

Quelle conduite devra tenir le chirurgien, lorsqu'il aura constaté des masses ganglionnaires ? Certains auteurs, Péan entre autres, ont considéré l'adénopathie inguinale comme une contre-indication à toute opération. Ne serait-on pas cependant autorisé, dans les cas de néoplasies malignes de l'extrémité inférieure du vagin, avec ganglions inguinaux, à agir comme on le fait pour le cancer du sein, et à enlever la tumeur et ses satellites ganglionnaires ?

Dans les cas où l'on aura pu constater des masses ganglionnaires dans le bassin par la palpation abdominale ou par un toucher rectal profond fait sous chloroforme, le mieux est de s'abstenir de toute intervention. Cependant, Jonnesco a proposé l'évidement iléo-lombo-pelvien, et récemment le professeur Von Herrf (1) (de Bâle) a préconisé l'ablation des masses ganglionnaires par le procédé suivant :

« Incision transversale, d'une épine iliaque à l'autre, libération des parois abdominales qui sont séparées des bords du bassin, sans léser le péritoine ; découverte des vaisseaux du bassin, découverte de l'uretère et ligature de l'utérine près de son émergence ; extirpation des ganglions et du tissu cellulo-graisseux environnant, puis ligature des ligaments ronds après libération de la séreuse vésicale, ligature de l'ovarienne ; incision du cul-de-sac vésico-utérin, luxation de l'utérus en dehors et section des ligaments larges. Inci-

(1) Beitræge zur Geburtshülfe und Gynæk. t. vi, n° 1, et Gynækologia helvetica 1903, p. 20.

» sion du vagin pour libérer le col et extirpation large du tissu cellulaire pelvien et d'une partie du vagin. Drainage inférieur à la gaze, suture du péritoine péri-vésical à celui du Douglas, et enfin drainage prévésical ».

Ces graves opérations n'ont pas subi l'épreuve du temps ; nous ne pouvons les juger ; mais on sait combien l'extirpation totale des ganglions présente de difficultés : certains la jugent impossible au point de vue anatomique et il semble plus que hardi de vouloir l'entreprendre.

Si on peut énoncer comme principe que dans les cas de cancers primitifs du vagin, qu'on sait être d'une malignité spéciale, à propagation locale, de voisinage et lymphatique rapide, on doit exciser le plus largement possible, il ne s'en suit pas qu'on doive se laisser entraîner à ces interventions de plus en plus radicales, très graves et dangereuses par elles-mêmes, et qui ne donnent qu'une garantie tout à fait insuffisante contre la récurrence.

L'étude de l'ensemble des cas opérés montre que les résultats sont tout à fait défavorables, lorsqu'il s'est agi d'interventions limitées : dans les cas de Hegar et Kaltenbach, Schröder, Brünner, Martin, Rüter, etc., où l'excision simple de la tumeur vaginale avait été pratiquée, la récurrence survint dans un laps de temps variant de quelques semaines à deux années.

Les observations de Krœnig, de Derselbe, Schwarze, Brose, Olshausen, Le Dentu, montrent que, même à la suite des interventions en apparence les plus radicales, les récurrences se sont montrées en quelques mois, et la mort se produisit en moins d'un an. Les cas de survie de quelque durée sont d'une extrême rareté.

Ainsi donc, quand on aura à faire à un néoplasme du vagin, surpris à ses débuts, bien limité, comme dans certains cas de sarcome, de chorio-épithéliome et même d'épithélioma, lorsque le mal n'envahit ni la vessie, ni le rectum, il est indiqué d'intervenir vite et aussi largement que possible : *voie vaginale* si la tumeur se présente sous forme d'un petit

noyau que l'on pourra facilement circonscrire par une incision elliptique et libérer de ses attaches ; *voie périnéale*, si la tumeur développée dans la paroi postérieure a envahi la cloison recto-vaginale.

L'utérus sera enlevé dans sa totalité, même si le col présente seul des traces d'envahissement. Dans les cas de chorio-épithéliome, il serait même indiqué de pratiquer l'hystérectomie totale (Holzapfel), car les noyaux intra-pariétaux de cet organe peuvent passer inaperçus.

Mais quand on se trouve en présence d'une néoplasie vaginale maligne ayant envahi la vessie, le rectum, l'utérus, ayant infiltré le paramètre et les ganglions pelviens, quand l'état général de la malade est précaire ou qu'on constate des métastases viscérales, la discussion ne paraît pas possible : quelques soient les chances que pourrait donner une opération aussi radicale soit-elle, le mieux est de s'abstenir et de se contenter d'un traitement palliatif.

On admet cependant qu'il faut opérer les cas de chorio-épithéliomes avec métastases viscérales, la suppression du noyau vaginal primitif mettant fin aux hémorragies permettrait à l'organisme de lutter contre les noyaux secondaires.

Devra-t-on intervenir pendant la *grossesse* ? Lorsqu'il s'agit d'un chorio-épithéliome développé au cours de la grossesse, on a le plus souvent à faire à une grossesse molaire ; non seulement il faut opérer la tumeur vaginale, mais aussi vider l'utérus ; au cas de grossesse normale, il n'y a aucune raison d'agir ainsi ; on opère et on laisse évoluer la grossesse.

Pour les autres tumeurs, si elles sont grosses, il est indiqué de les extirper ; si au contraire la tumeur est petite et si son volume est stationnaire, on pourra temporiser et attendre le travail, pour intervenir un peu plus tard. Mais si la grossesse semble imprimer une poussée au cancer, l'intervention s'impose.

Lorsqu'on découvrira seulement la tumeur au moment de l'accouchement, une application de forceps peut terminer rapidement celui-ci, si on a à faire à un néoplasme de petit

volume (Krönig), à moins qu'on ne puisse l'enlever facilement et rapidement.

Mais s'il s'agit d'une tumeur volumineuse et qu'il y ait urgence à terminer promptement l'accouchement, on aura recours à l'embryotomie si l'enfant est mort, à la césarienne s'il est vivant (Spiegelberg, Fritsch, Péan). On doit avant tout dans ces cas, songer à la vie de l'enfant, qui seule n'est pas directement compromise. Mais il ne faut pas se dissimuler la gravité toute particulière de ces interventions dans de telles circonstances. Brückner et Bailly ont rapporté des observations où malgré l'existence de grosses tumeurs, les malades accouchèrent à terme d'enfants vivants.

C. — TRAITEMENT PALLIATIF. Lorsque la tumeur vaginale est jugée inopérable, de par les considérations envisagées plus haut ou que toute intervention est contre indiquée par l'âge de la malade, un état de cachexie avancé, on saura se contenter de grattages à la curette, cautérisations au thermocautère (Pozzi), au chlorure de zinc, qui arrêtent pour un temps les hémorragies et les sécrétions fétides. Les injections antiseptiques chaudes (sublimé, permanganate de potasse, etc.) seraient également utiles. La morphine sera largement administrée, dans les cas de douleurs violentes. M. Guinard a préconisé l'usage du carbure de calcium dans le traitement de l'épithélioma inopérable du vagin et de l'utérus. Ce procédé très simple combattrait victorieusement les hémorragies, l'hydrorrhée-fétide, les douleurs ; de plus les bourgeons néoplasiques se dessèchent et tombent, grâce à l'action caustique de la chaux, tandis que l'acétylène qui se dégage agirait contre les hémorragies.

On a utilisé récemment l'action du Radium, J. Rehns et L. Salomon (1) et celle des formiates (2) comme thérapeutique palliative des tumeurs malignes ; rien n'empêche d'en faire l'application au vagin. Enfin quelques résultats ont été rap-

(1) C. R. Société de Biologie, 29 octobre. p. 313.

(2). Tribune médicale, 14 janvier 1905 n° 2.

portés de cancer vaginal traité par les rayons X (S. Sloan (1) ; les hémorragies étaient diminuées, sans modifications du côté de la tumeur. Ces méthodes sont encore trop récentes pour qu'on puisse les indiquer d'une façon précise.

Quoiqu'il en soit, on cherchera à lutter par tous les moyens contre ces trois symptômes pénibles et menaçants, hémorragies, écoulements fétides et douleurs.

(1) Société d'obstétr. et de gynécol. de Glasgow, 3 février 1904.

OBSERVATIONS

ET

PLANCHES

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATION I (inédite). — *Myome du vagin.*

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Poirier).

Il s'agit d'une femme de 40 ans. qui, à l'occasion de quelques difficultés dans les rapports sexuels, vint consulter M. le professeur Poirier, qui constata sur la paroi postérieure du vagin une tumeur du volume d'une grosse noix à celui d'un petit œuf, mobile sur les plans profonds et recouverte par la muqueuse vaginale intacte. Cette tumeur n'avait donné lieu à aucun autre symptôme, et serait restée longtemps ignorée si elle n'avait apporté d'obstacle au coït.

L'opération pratiquée le 19 mars 1904, par énucléation vaginale et suture, permit d'extirper une tumeur ovoïde, n'adhérant pas aux tissus voisins et mesurant 2 cm. 5 de hauteur sur 2 cm. 2 de largeur. La surface de section est blanche, tomenteuse et molle.

Examen histologique, par M. Delamare.

Un fragment est fixé dans l'alcool à 90°, un autre dans le formol à 10 %. Les coupes obtenues, après inclusion à la paraffine, ont été colorées, les unes par l'hématoxyline de Bœhmer et par l'éosine orange, d'autres par le bleu polychrome de Unna et par le mélange de Van Gieson.

Histologiquement, cette tumeur est constituée par un tissu conjonctif fibrillaire peu abondant, que colore en rouge la fuschine acide du mélange de Van Gieson.

Sur les coupes colorées par le bleu polychrome, on constate la présence de cette substance interstitielle amorphe et colorable méta-chromatiquement en violet rougeâtre, qui s'observe dans le tissu conjonctif très jeune.

Mais la tumeur renferme surtout et en grand nombre des fibres musculaires coupées tantôt transversalement, tantôt longitudinalement.

Par places, on constate quelques éléments, qui pourrait laisser supposer un début de dégénérescence sarcomateuse, mais ils ne

présentent ni dégénérescence nucléaire, ni karyokinèses. Malgré cela, et à part les quelques réserves qu'on peut faire à cet égard, le pronostic reste très favorable, car dans les points paraissant douteux, il n'y a pas de figures karyokinétiques. La malade est actuellement guérie.

OBSERVATION II. — *Sarcome primitif du vagin dans l'enfance.*

Publiée par Monsieur le Professeur *Le Dentu*,
in *Clinique chirurgicale*, Paris, 1904, p. 473.

Il s'agit d'une petite fille de trois ans et demi. Rien à noter dans les antécédents de famille, qui puisse soulever la question de l'hérédité ; la grand-mère maternelle a cependant succombé à cinquante-cinq ans à un carcinome de l'estomac. Cette circonstance perd toute sa valeur par suite de cette considération qu'il n'existe aucune parenté entre les tumeurs épithéliales et celles du type conjonctif.

L'enfant née le 17 décembre 1899 est restée dans un état parfait jusqu'au 15 janvier 1903, époque où elle a fait une chute sur le ventre qui a porté sur un banc en bois.

Un mois après, la mère constata qu'une petite masse brune se présentait à la vulve et qu'il se produisait un léger suintement sanguinolent. L'enfant n'accusait à ce moment aucune douleur. D'après les constatations du Dr Clozier, la vulve offrait l'aspect de celle d'une parturiente, quand la tête fœtale commence à s'y présenter. Par le toucher vaginal, on sentait une masse spongieuse et lisse fuyant sous le doigt. En aucun point du vagin, la tumeur ne paraissait adhérente à la paroi. Le col utérin était haut placé et inaccessible.

En mars et avril 1903, se manifesta une rétention absolue d'urine, probablement par compression mécanique du col de la vessie. En avril, l'enfant éprouva des douleurs très vives, coïncidant toujours avec la distension plus ou moins complète du vagin et la rétention d'urine. Un curettage du vagin, qui ramenait un demi-verre de productions morbides d'aspect fongueux, permettait à la malade d'uriner librement et les douleurs s'atténuaient.

Dans les premiers jours de mai, le ventre se développa rapidement.

Un examen histologique fait par M. Lesné et auquel a contribué M. Brault fit déclarer la tumeur, un *polype du vagin* (fibrome mou extrêmement vasculaire). Quant au pronostic, c'était une tumeur

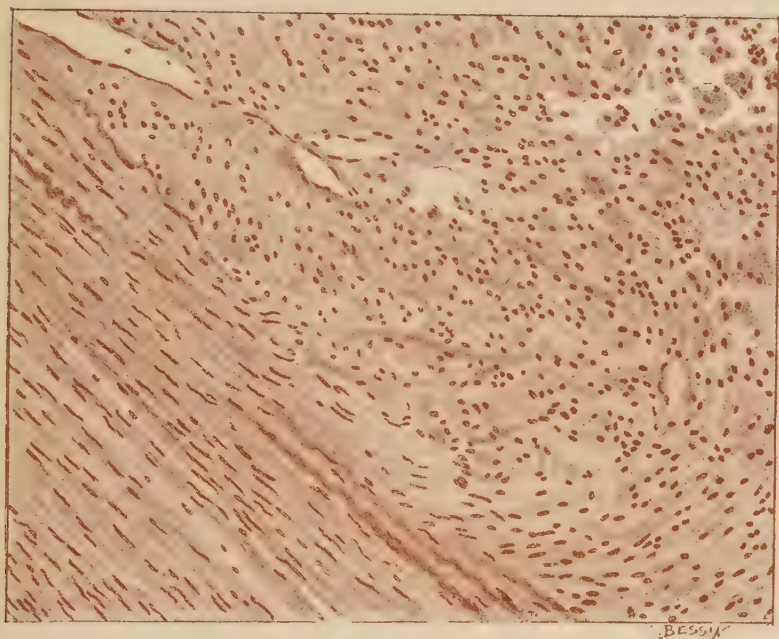


Fig. 1. — MYOME PRIMITIF DU VAGIN. (Observ. I). La coupe est presque uniquement constituée de fibres musculaires coupées longitudinalement et transversalement. On y voit quelques fibrilles conjonctives et de gros vaisseaux.

bénigne, sans récive à craindre, si elle avait été enlevée complètement.

L'opération fut exécutée le 13 mai 1903. Une tumeur volumineuse occupait tout le bas-ventre et remontait aux environs de l'ombilic, bombant tellement en avant qu'il était probable que la vessie distendue prenait part à sa constitution. Le cathétérisme évacua une assez grande quantité d'urine, mais les dimensions en hauteur du néoplasme ne furent pas modifiées. Il était surmonté par des saillies irrégulières, dont l'une médiane devait être l'utérus refoulé à une énorme distance de la vulve. Un aide introduisit dans le vagin une bougie en gomme, qui se perdit au milieu d'une cavité tellement spacieuse et allongée, que quelques réserves furent faites relativement à la participation de l'utérus, à cette énorme cavité.

Une longue incision médiane conduisit sur la tumeur ; c'était bien le corps de l'utérus, flanqué de ses annexes qui la coiffait, mais il était impossible de savoir si le col n'était pas compris dans la masse qui se prolongeait jusqu'à la vulve. La plus grande partie de la vessie en était indépendante, sauf le bas fond qui paraissait se confondre avec la paroi antérieure du vagin. La séparation des deux organes était impraticable, et l'opération dut se borner à l'extirpation de l'utérus, des annexes et de la partie la plus élevée de la tumeur.

Celle-ci était formée par le vagin extraordinairement dilaté, bourré de productions polypeuses sessiles, étalées, implantées sur une base épaisse, et ne justifiant que par places la comparaison avec des grains de raisin.

Par l'incision faite sur la paroi antérieure du vagin, les doigts et la curette détachent le plus grand nombre possible de ces polypes mous, faciles à désinsérer. La paroi antérieure du vagin fut réséquée aussi bas que le permettaient ses rapports étroits avec le bas fond de la vessie ; on ne conserva de la paroi postérieure que ce qu'il fallait pour cloisonner le petit bassin et séparer la cavité péritonéale de la cavité vaginale. La partie supérieure de l'incision fut suturée et drainée, la partie inférieure fut fermée sauf un orifice pour un gros drain et une mèche, dont l'autre extrémité sortait par la vulve. Tamponnement de la partie basse du vagin, dont la paroi postérieure formait éperon entre les deux orifices.

La malade ne survécut que trois jours. Pas de péritonite, mais sans doute des résorptions infectantes au niveau des polypes dilacérés par le curettage. La température s'éleva à 39°5 ; signes de congestion pulmonaire et mort après une période d'agitation de 24 heures.

L'examen a porté sur une pièce principale pesant 107 gr. ainsi que sur une série de fragments, et a été fait par M. Auguste Pettit.

A. PIÈCE PRINCIPALE. — 1° *Aspect microscopique*. Elle est formée par une partie du vagin, l'utérus entier et les annexes des deux côtés.

Les parois vaginales sont hypertrophiées ; leur épaisseur est en moyenne de 12 millimètres et dépasse par place 20 millimètres : le fond du vagin infundibuliforme donne directement accès dans la cavité utérine ; pas de trace de col utérin, un simple rétrécissement délimite les deux cavités :

Le corps de l'utérus a 32 millimètres de longueur, 25 de largeur et 12 d'épaisseur ; sa forme est irrégulièrement globuleuse ; la couche musculaire a 6 millimètres d'épaisseur, la muqueuse paraît normale. La cavité est très vaste (1 centimètre cube de capacité) et anfractueuse. Les trompes sont épaisses, les ovaires ont subi la dégénérescence kystique.

2° *Structure histologique*. Les parois vaginales offrent une structure homogène, formée par du tissu sarcomateux embryonnaire ; il n'existe pas de cellules différenciées. Les noyaux sont englobés dans une substance fondamentale indivise, renfermant quelques vaisseaux ; leur forme, leur volume et leur richesse en chromatine sont très irréguliers. Leur taille moyenne est comprise entre 7 et 15 μ . ; il y en a d'autres, mais en petit nombre, dont les dimensions sont colossales (une centaine de μ .).

Un grand nombre de noyaux sont en voie de division indirecte, mais presque toutes les figures karyokinétiques sont anormales : les chromosomes irréguliers, courts et les asters inégaux ; mais les filaments achromatiques sont bien développés.

En certains points la structure des parois vaginales varie : la masse fondamentale peut se différencier en fibrilles conjonctives plus ou moins épaisses et abondantes, et certains noyaux s'individualisent en éléments à cytoplasma bien limité, d'aspect étoilé, avec une masse muqueuse entre les prolongements de la cellule ; on observe en outre quelques grosses cellules irrégulières, à noyaux bourgeonnants ou multiples.

Les capillaires sont larges et limités par un endothélium et des fibres conjonctives.

Le tissu sarcomateux embryonnaire qui constitue la tumeur vaginale se transforme par places en tissu myxomateux. Le muscle utérin n'est pas envahi par la dégénérescence néoplasique.

B. — FRAGMENTS. Ils sont très friables, de consistance gélatineuse et d'aspect blanchâtre, complètement exsangues. Leur struc-

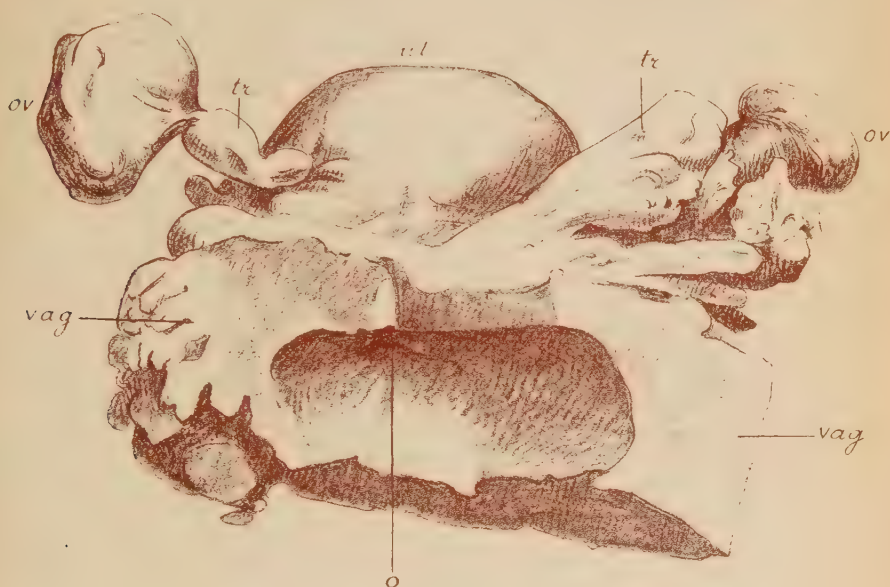


Fig. II — SARCOME PRIMITIF DU VAGIN CHEZ L'ENFANT. — Obs. IV. II de M. le Professeur Le Dentu. Vue d'ensemble de la pièce principale, (face ventrale). *vag.*, paroi vaginale. *o*, orifice utérin. *ut.*, utérus, *tr.*, trompes, *ov.*, ovaires.

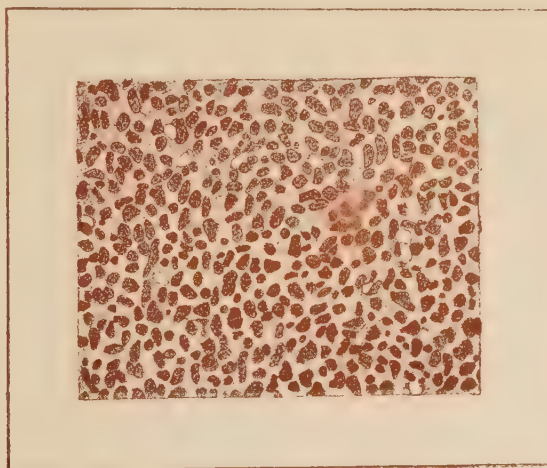


Fig. III. — Coupe de la paroi vaginale. Ce tissu est formé par une accumulation de noyaux polymorphes, plongés dans une masse commune parsemée de rares vaisseaux.



Fig. V (d'après M. le Professeur Le Dentu). — Coupe à travers un des fragments de la tumeur ; le tissu est formé de cellules étoilées, donnant à la préparation un aspect réticulé ; les capillaires y sont nombreux et larges ; par places on observe des accumulations de cellules embryonnaires.

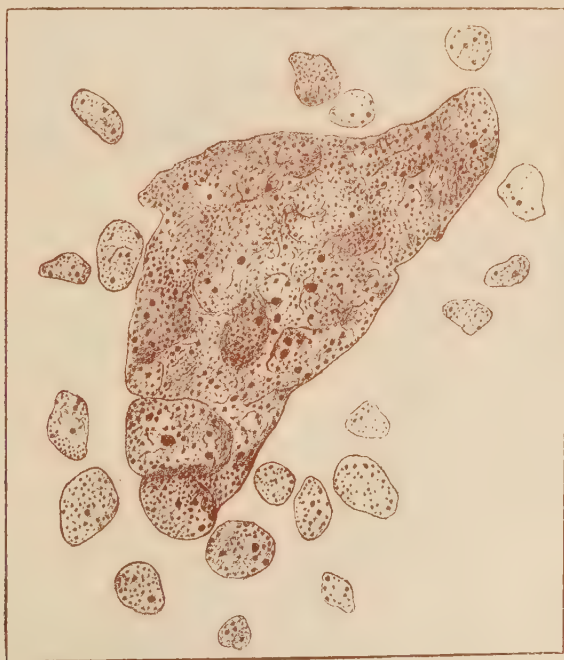


Fig. IV — Observ. de M. le Professeur le Dentu. — Un noyau colossal entouré de noyaux de dimensions moyennes.



Fig. VI. — SARCOME PRIMITIF DU VAGIN CHEZ L'ENFANT (d'après Kolisko). — La tumeur reposant sur une large base se montre sous forme de saillies demi-sphériques ou de grains plus ou moins pédiculés. La cavité utérine est indemne.

Lorsque la section passe suivant la longueur des faisceaux, toutes les cellules de nouvelle formation sont vues longitudinalement, parallèles les unes aux autres ; lorsque au contraire, la section est perpendiculaire aux faisceaux, on a des cellules coupées en travers, logées dans des mailles arrondies limitées par du tissu conjonctif extrêmement fin.

Dans les parties coupées en travers, on trouve des travées fibreuses qui limitent des espaces présentant des fibrilles très minces, réticulées et contenant une cellule dans chacun des alvéoles ainsi formés ; quelques-uns sont vides.

Les vaisseaux contenus dans les larges travées fibreuses signalées plus haut présentent une paroi bien nette, soutenue par du tissu conjonctif. Les vaisseaux capillaires, situés dans les zones à tissu cellulaire très mince, sont réduits à leur membrane endothéliale, limitée aussi par un peu de tissu conjonctif très aminci.

Il s'agit d'un sarcome, dans lequel le tissu fibreux rentre pour une assez large part ; les cellules sarcomateuses sont allongées et répondent au type du sarcome à cellules fusiformes.

Nous serions donc tentés d'expliquer l'augmentation brusque et rapide du volume de cette tumeur, par un accroissement soudain et une néo-formation intense des cellules sarcomateuses jeunes, au sein du tissu néoplasique.

OBSERVATION IV (inédite).

Epithélioma tubulé primitif du vagin.

Mme C. . . , âgée de 59 ans, sans profession, entre à l'hôpital Cochin, salle Sédillot n° 10, le 30 mai 1904, dans le service de notre maître M. le Dr Schwartz, pour des pertes séro-sanguinolentes survenues depuis quelques mois.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires, qui puisse avoir un intérêt quelconque pour la maladie actuelle. La malade, réglée à 15 ans d'une façon toujours régulière, a eu un accouchement normal à l'âge de 25 ans ; jamais de fausses couches. A l'âge de 49 ans, la ménopause survint, s'accompagnant de pertes abondantes. Pas de maladies antérieures.

En février 1904, Mme C. . . s'aperçut d'un léger suintement sanguin, très rouge, apparaissant à la vulve d'une façon intermittente, s'arrêtant pendant quelques jours, pour reprendre ensuite.

Cet écoulement peu abondant d'ailleurs se montra pendant environ deux mois, lorsque survint une très forte hémorragie, qui obligea la malade à garder le repos allongé pendant 20 jours,

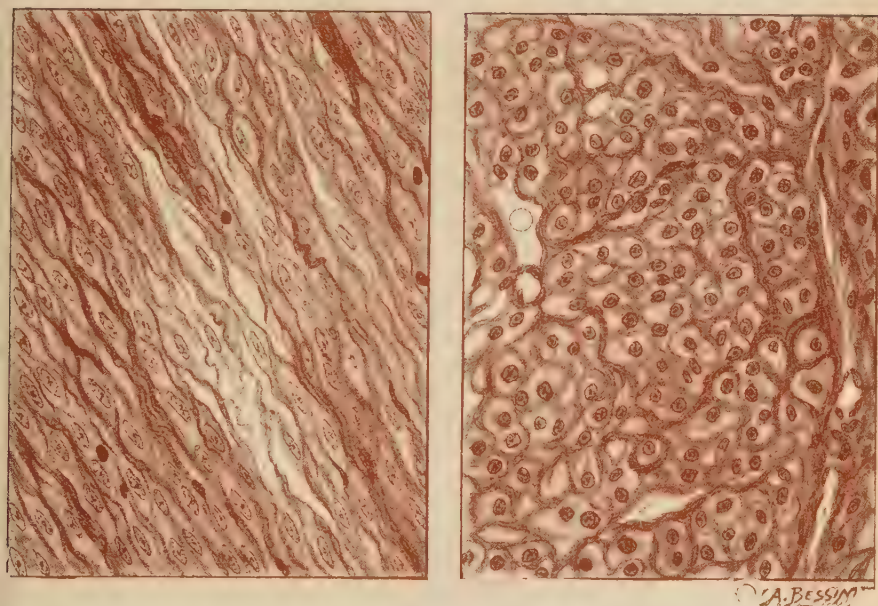


Fig. VII. — SARCOME PRIMITIF DU VAGIN. (Observ. III). — Charpente fibreuse à grandes travées, renfermant des cellules allongées, munies de gros noyaux ovoïdes et de vaisseaux anciens. *A droite*, la section est perpendiculaire aux faisceaux et les cellules néoplasiques apparaissent logées dans les mailles arrondies du tissu conjonctif. *A gauche*, la section passe suivant la longueur des faisceaux, les cellules sont parallèles les unes aux autres.

durant lesquels des pertes se produisirent encore, mais beaucoup moins abondantes.

A aucun moment n'existèrent de douleurs, de pertes fétides, de troubles de voisinage ; et c'est seulement les écoulements de sang qui amènent la malade à l'hôpital.

Le toucher vaginal permet de sentir, sur la paroi postérieure du vagin, une tumeur grosse comme une petite mandarine, insérée sur la paroi vaginale par une large base d'implantation. Le doigt la contourne aisément et atteint le col de l'utérus, qui ne présente aucune connexion avec elle et est absolument indemne de toute propagation. La muqueuse vaginale est adhérente au néoplasme, qui se déplace sur la paroi rectale.

La tumeur fait saillie à travers la paroi antérieure du rectum, où on sent très nettement la dépression demi-circulaire qui la sépare du col. L'utérus est petit, mobile, et les culs-de-sac très souples et indolores.

A l'examen au *spéculum*, son aspect est celui d'un angiome, rouge et violacé ; certains points présentent une coloration noirâtre, donnant à l'ensemble de la néoplasie un aspect mélanique, qui relève très certainement des hémorragies interstitielles dont elle a été le siège.

La malade est amaigrie, pâle et d'un état général assez précaire. L'exploration des régions ganglionnaires reste négative. Les viscères sont sains.

L'opération fut pratiquée le 2 juin. On décolle très haut la paroi postérieure du vagin de la paroi antérieure du rectum ; puis la tumeur, amenée en avant par un mouvement de bascule, est sectionnée en son milieu et chaque moitié facilement excisée, en passant dans des tissus d'apparence saine.

Les deux lèvres de la plaie vaginale sont ensuite suturées au catgut, et un drainage est établi par une mèche de gaze introduite dans la cavité formée par le décollement des parois recto-vaginales ; le vagin est tamponné pour arrêter un léger écoulement sanguin qui se fait au niveau de la plaie.

La malade sort le 23 juin, complètement guérie.

La tumeur enlevée est un peu aplatie au niveau de ses pôles et renflée aux extrémités de son plus grand diamètre, qui mesure 3 cm. 5, tandis que le diamètre vertical n'a que 2 cm. 5. Au niveau du point où elle était implantée sur la paroi vaginale postérieure, elle présente un léger étranglement, qui réduit son diamètre transversal à 3 cm. et lui donne un aspect légèrement pédiculé.

Sa coloration est violacée avec quelques points jaunâtres exis-

tant en certains endroits ; sur d'autres, elle a un aspect framboisé et est recouverte de petites villosités. On ne constate pas d'ulcération proprement dite, mais un lambeau de la muqueuse friable est détaché au niveau de sa partie supérieure. Sa consistance est ferme et élastique.

Une section pratiquée suivant le diamètre antéro-postérieur montre que la périphérie de la tumeur est bordée par un liséré rouge violacé de 3^{mm} et demi environ, formé par la muqueuse vaginale épaissie et adhérente.

Tout le reste du tissu est d'un blanc grisâtre ; à côté de parties claires et homogènes, on distingue des travées fibreuses de coloration plus jaune.

Examen histologique (Laboratoire de M. le Professeur Cornil). A un *faible grossissement*, la partie centrale de la tumeur montre des tubes plein d'épithélium, ramifiés, anastomosés les uns avec les autres et séparés par une assez grande quantité de tissu intermédiaire d'apparence fibreuse. A un *plus fort grossissement*, les cellules contenues dans les tubes, sont généralement allongées ou prismatiques ou bien tout à fait pavimenteuses, surtout aux bords du tissu qui les circonscrit. Elles possèdent de très gros noyaux ovoïdes, allongés dans les cellules qui sont longues, presque ronds dans les cellules pavimenteuses.

Au milieu de ces cellules on trouve un certain nombre de leucocytes mononucléaires ou polynucléaires.

Les tubes épithéliaux sont très variables dans leurs dimensions ils sont généralement assez étroits, surtout au niveau de leurs anastomoses.

Par places, on trouve, au niveau de ces tubes, de grandes cellules contenant un ou plusieurs noyaux volumineux et des globules blancs mono ou polynucléaires ; ces derniers sont souvent fragmentés, leur nucléine se trouvant réduite à de très fines granulations.

Le tissu qui entoure les tubes est un tissu conjonctivo-musculaire ; les noyaux des cellules conjonctives sont allongés et aplatis et les faisceaux musculaires sont parfaitement nets. — Dans tout ce tissu, on retrouve encore une certaine quantité de leucocytes, très nombreux par places, presque tous polynucléaires.

Souvent, la nucléine est transformée en longs filaments avec des renflements de distance en distance. Les globules blancs sont pressés dans le tissu conjonctif et forment des figures allongées.

Nous n'avons vu en aucun point de globes épidermiques dans l'intérieur des îlots.

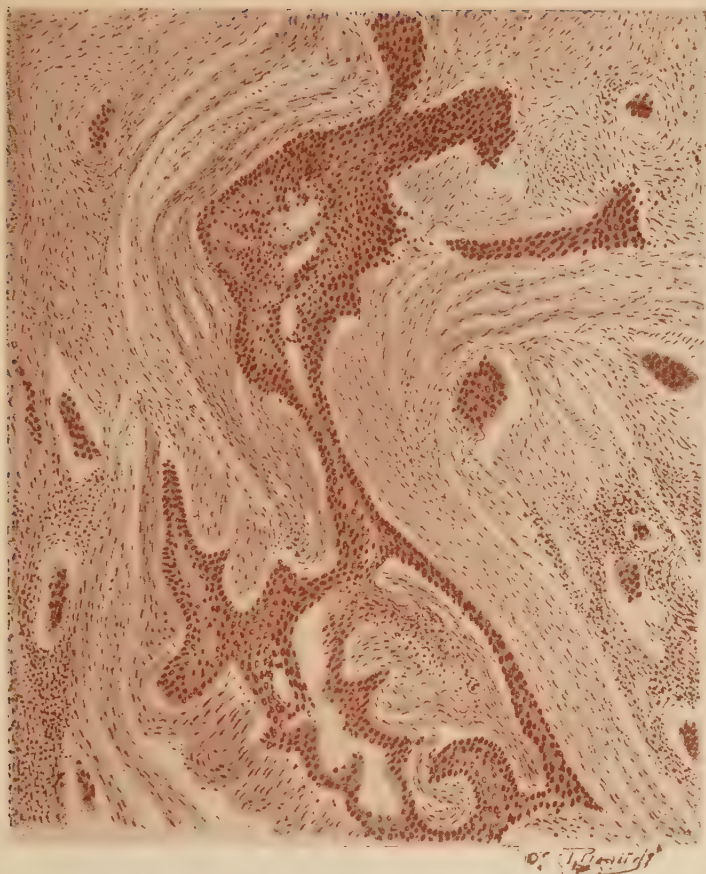
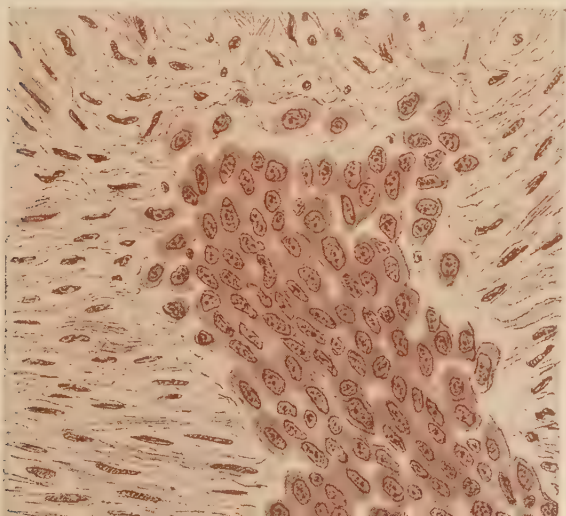


Fig. VIII. — EPITHELIOMA TUBULE PRIMITIF DU VAGIN. (Obs. IV). — Faible grossissement. — Tubes pleins d'épithélium, ramifiés et anastomosés, séparés par un tissu intermédiaire abondant, conjonctivo-musculaire.



Lorsqu'on arrive à la surface de la tumeur, on trouve une grande quantité de vaisseaux très dilatés, remplis de sang, origine des hémorragies signalées dans l'observation clinique. Il existe là une couche de fibrine, assez mince en certains points, épaisse en d'autres, et le tissu conjonctif sous-jacent est en partie mortifié, avec des vaisseaux remplis de fibrine, entourés du même tissu mortifié.

Au dessous de cette couche, on trouve un tissu cellulaire encore vivant, à épaisses travées avec des vaisseaux oblitérés par de la fibrine, au milieu de laquelle on voit des globules blancs et des globules rouges altérés, les premiers le plus souvent réduits à une masse uniformément violette.

Dans tout ce tissu de surface, la couche de cellules épithéliales n'existe plus. En un point, se montre une ecchymose aplatie, véritable épanchement sanguin, ayant plusieurs millimètres de largeur.

Nulle part, on ne trouve l'épithélium normal du vagin.

La malade revue en janvier 1905, sept mois après l'intervention était en pleine récurrence.

OBSERVATION V (inédite). — *Cancroïde du vagin, propagé à la portion vaginale du col de l'utérus.*

M^{me} K. . . , âgée de 38 ans, entre à l'hôpital Cochin, service de M. le Docteur Schwartz, le 8 mars 1905 pour de petites pertes sanguines, survenues depuis huit mois, dans l'intervalle desquelles elle perd des eaux rousses, sans odeur appréciable. La malade a eu cinq enfants et ne présente dans ses antécédents d'autres faits à signaler, qu'une fièvre typhoïde dont elle fut atteinte à l'âge de seize ans. Elle est actuellement très amaigrie, a perdu l'appétit et sent ses forces diminuer de jour en jour. Elle ne se plaint d'aucune douleur dans la sphère abdominale.

L'examen génital par le toucher permet de sentir un utérus très mobile, dont le col est en partie détruit, surtout au niveau de sa lèvre postérieure par une ulcération cratériforme, serpigineuse, peu bourgeonnante, peu friable et qui s'étend à la paroi vaginale postérieure. L'examen au spéculum confirme ces premières données cliniques. Introduit très facilement, le spéculum ouvre le vagin sans difficultés ; on ne constate pas le signe de Lefort. On voit alors que la lèvre postérieure du col est remplacée par une ulcération, qui empiète sur la paroi vaginale postérieure et latérale gauche, sur une étendue de trois à quatre centimètres environ ; ses bords sont dentelés et son fond, rougeâtre, vernissé, lisse, n'est le siège d'aucune sécrétion anormale.

La cavité utérine mesure sept centimètres et demi. Les culs-de-sac sont souples et les ligaments larges ne paraissent pas envahis. Nulle part, on ne sent de masses ganglionnaires.

On prélève un petit fragment au niveau de la limite de l'ulcération vaginale, et l'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Cornil révèle un processus épithéliomateux en karyokynèse active.

Opération le 21 mars 1905. Hystérectomie abdominale totale, intéressant la partie supérieure du vagin, dont la section passe en tissus sains, à un centimètre environ de la limite de l'ulcération. Le vagin est suturé et la surface cruentée péritéonisée. Les suites opératoires ont été excellentes.

Examen histologique (Laboratoire de M. Cornil). Des coupes étendues, passant à la fois par la muqueuse vaginale saine et par la partie ulcérée, nous montrent d'abord l'épithélium normal du vagin avec ses couches épaisses et ses papilles ; le corps muqueux est très net et les cellules épidermiques claires y ont une assez grande épaisseur. Lorsque de cette partie normale, on passe à la limite de l'ulcération cancéreuse, on voit d'abord une grande dépression, à la surface de laquelle des cellules épithéliales de nouvelle formation se contiennent avec le revêtement épithélial normal ; cette dépression est tapissée de nombreuses couches de cellules pavimenteuses, reproduisant les cellules malpighiennes.

Immédiatement après cette dépression de l'épithélium, on aperçoit des fragments de la muqueuse vaginale normale, puis une seconde dépression, qui conduit dans des cavités anfractueuses, tapissées d'épithélium et où l'on trouve quelques *globes épidermiques* très nets, formés de cellules pavimenteuses se recouvrant les unes les autres en forme de globe, avec une ou plusieurs cellules au centre. Entre elles, il y a toujours un grand nombre de globules blancs polynucléaires à noyaux multiples ou avec des fragments de nucléine. Ces globes épidermiques cornés sont tout à fait semblables à l'épithélioma cutané ou à celui de la muqueuse bucco-linguale.

Lorsqu'on se rapproche du tissu vaginal périphérique à l'ulcération, la lésion cancéroïdale est très précise ; on trouve de grands espaces, où les cellules sont souvent tombées, de telle sorte qu'on a à faire à des cavités anfractueuses à parois irrégulières.

L'examen clinique restait absolument insuffisant pour élucider la question du début de cet épithélioma. L'étude microscopique nous a montré sa nature pavimenteuse, à globes épidermiques et son point de départ vaginal.

La muqueuse du corps de l'utérus est atteinte de métrite glandulaire intense et les trompes sont le siège de salpingite.

OBSERVATION VI (inédite). — *Epithélioma primitif du vagin, développé aux points de contact d'un pessaire.*

Due à l'obligeance du Dr S. Banzet.

Mme D..., 45 ans, ouvreuse, vient consulter en novembre 1898, pour des troubles génitaux remontant à plusieurs années. Veuve depuis 15 ans, la malade a eu une seule grossesse, terminée par un accouchement qui n'a pas été exceptionnellement laborieux. Elle se plaint actuellement de pesanteur périnéale douloureuse et de sensation de tiraillements dans la région lombaire, surtout pendant la station debout. Un peu de leucorrhée. Règles régulières d'abondance et de durée normales.

A l'examen, on constate un effondrement total du périnée; dans les efforts, le col apparaît presque à la vulve, précédé par les parois vaginales antérieure et postérieure.

Application d'un pessaire de Hodge en ébonite, de fort calibre. La malade en obtient un soulagement considérable; la station debout et la marche redeviennent faciles et l'activité professionnelle est recouvrée toute entière. Tous les mois, le pessaire est enlevé et remis en place.

Au commencement de l'année 1901, Madame D... se plaint d'un peu de leucorrhée sanguinolente; au toucher on constate, immédiatement en arrière du col dans le cul-de-sac vaginal postérieur, la présence d'une ulcération allongée, formant une sorte de sillon transversal, dont les bords sont un peu durs, et qui correspond manifestement par son siège au point de pression du pôle supérieur du pessaire.

Celui-ci est enlevé, dans l'espoir qu'il s'agit simplement d'une ulcération mécanique attribuable au port si prolongé d'un pessaire rigide et dur.

Au bout de quelques semaines, on constate que l'ulcération s'est notablement agrandie en surface et en profondeur; elle s'est creusée et s'étale jusque sur la lèvre postérieure du col, qui est partiellement détruite. Cette extension, jointe à l'irrégularité du fond, à la consistance dure et à la friabilité de l'ulcération font porter le diagnostic d'épithélioma primitif du vagin, ayant envahi secondairement le col utérin.

On ne perçoit point de ganglions.

La malade entre alors dans le service du Pr Berger, où elle est

opérée peu après par le D^r Lyot qui pratique une hystérectomie abdominale.

Après six mois de séjour à la campagne, Mme D... est obligée de s'aliter, en raison de pertes de sang extrêmement abondantes ; elle est dans un état d'amaigrissement, d'anémie et de cachexie extrêmes ; et on peut constater l'envahissement de la presque totalité du vagin par une ulcération à bords végétants et irréguliers, qui ne laisse aucun doute sur l'existence d'une récurrence vaginale.

Très peu de temps après la malade mourait après un affaiblissement progressif.

OBSERVATION VII. — *Chorio-Epithéliome primitif du vagin*

Il s'agit d'une femme de 24 ans, qui a eu un accouchement à terme à 23 ans et une fausse couche le 29 novembre 1898. Depuis cette époque, elle perd du sang en abondance et d'une façon continue. Le 30 décembre 1898, on constate dans le vagin, à la partie supérieure du cul-de-sac latéral droit, une ulcération molle, déchiquetée, saignante, et sur la paroi antérieure, un noyau néoplasique gros comme une amande. Le 5 janvier, une violente hémorragie survient ; (cautérisation au thermo cautère, tamponnement, injection sous-cutanée de sérum artificiel). Mort. A l'autopsie, on ne constate aucune trace de généralisation. (D'après M. Schwartz, il semble que la ligature des deux hypogastriques soit la seule ressource pour lutter contre ces tumeurs malignes à si grande tendance hémorragique.

Examen anatomo-pathologique (1) : La paroi vaginale était infiltrée de nombreux noyaux très variables comme volume, les uns n'étant pas plus gros qu'une tête d'épingle, les autres atteignant le volume d'une noisette, d'une amande ou d'une petite noix. — Le plus grand nombre d'entre eux étaient sous-muqueux ; quelques-uns étaient ulcérés, au niveau de la paroi vaginale. A la coupe, tous avaient le même aspect ; c'était celui d'un foyer hémorragique arrondi, rouge foncé au centre, donnant l'impression d'un caillot sanguin presque pur, se dégradant et s'infiltrant à la périphérie dans les tissus du vagin. En dehors de ces foyers hémorragiques, la paroi du vagin était enflammée, mais ne présentait en aucun point de masse néoplasique.

L'examen microscopique pratiqué en janvier 1898, sur quatre ou cinq de ces noyaux ne permit pas d'abord de déceler aucun élément caractéristique. Il s'agissait uniquement d'une hémorragie

(1) L'examen histologique a été fait par le docteur R. Marie (Bulletin de la Soc. Anatom., janvier-1905).

ayant dissocié et surtout refoulé en dehors d'elles les fibres musculaires de la paroi vaginale. Le sang coagulé était sillonné de nombreuses travées fibrineuses, souvent stratifiées, les unes au-dessus des autres. En certains points de ces caillots, on constatait une accumulation anormale de leucocytes.

En dehors des foyers hémorragiques et sur une grande étendue, il y avait une vive réaction inflammatoire ; tous les tissus étaient dissociés et comme noyés dans d'innombrables leucocytes. Les vaisseaux capillaires et les veinules étaient distendus, et la lumière de presque tous occupée par un thrombus leucocytaire.

Sur certaines coupes, on trouvait au milieu de l'hémorragie et dissociés par le sang des éléments mortifiés ; c'étaient des cellules volumineuses, polyédriques, à protoplasma abondant, présentant parfois plusieurs noyaux, mais impossibles à bien colorer, étant donné leur état de mortification. Dans quelques-unes on voyait même des vacuoles contenant des globules sanguins. Cet aspect avait fait penser qu'il pouvait s'agir d'un *sarcome angioplastique*, sans qu'il soit possible de porter un diagnostic absolument ferme.

L'Etude histologique de cette tumeur fût reprise plus tard et après plusieurs examens, il fût possible de voir une région caractéristique de *Chorio-épithéliome*. En effet, en un seul point, on rencontra les éléments typiques ; *cellules de Langhans* et *plasmodium syncytial*.

Ces éléments se trouvent dans l'hémorragie même et séparés par du sang épanché du tissu du vagin. Les cellules de Langhans se montrent sous forme de placards irréguliers ; les noyaux sont très vivement colorés ; ils sont arrondis ; le protoplasma est distinct pour chaque cellule, dont les limites sont assez nettes, pour que l'aspect revête l'ensemble d'une mosaïque.

Les masses de *syncytium* sont encore plus caractéristiques. Tantôt, elles sont distinctes des cellules de Langhans disséminées au milieu du sang épanché ; tantôt elles sont en rapport direct avec elles et viennent pour ainsi dire s'insérer sur elles.

Ce syncytium est très abondant ; il est formé d'un protoplasma grenu, se colorant très bien par l'éosine ; en certains points, la masse est filamenteuse et comme étirée. Elle limite alors de nombreuses cavités ou vacuoles arrondies, ovalaires, remplies soit de sang, soit de liquide coagulé en fines grannulations.

Les noyaux sont toujours accumulés en certaines régions, en général assez distantes des régions vacuolaires. Ces noyaux sont

relativement petits, plus petits que ceux des cellules de Langhans ; ils sont légèrement ovalaires et vivement teintés par l'éosine

En dehors de ces grosses masses plasmodiales, on en trouve de plus petites disséminées çà et là. Un grand nombre n'ont qu'un ou deux noyaux et donnent l'impression d'éléments cellulaires polyédriques. En général, ces éléments qui sont dissociés sont plus ou moins mortifiés.

Dans la même coupe, en examinant les régions immédiatement en dehors de l'hémorragie, on retrouve des éléments néoplasiques disséminés sans ordre entre les faisceaux musculaires, et donnant l'impression d'éléments *en migration*. En un point on les voit s'insinuer entre les différents éléments de la paroi d'une artériole et arriver ainsi presque près de la lumière vasculaire. La paroi du vaisseau est plus que doublée d'épaisseur et tous les éléments en sont dissociés.

C'est incontestablement là le procédé d'ulcération des vaisseaux qui préside aux *hémorragies abondantes*, qui sont caractéristiques de ces tumeurs.

En résumé, il s'agit là d'un cas de tumeur primitive du vagin d'une très grande rareté. Le diagnostic a été des plus difficile, par ce fait que la plupart des noyaux néoplasiques ne contenaient pas d'éléments caractéristiques. Ceux-ci avaient été dissociés par l'hémorragie et s'étaient secondairement mortifiés ; ils n'ont été trouvés très nets que dans un seul noyau.

Signalons la ressemblance de ces tumeurs chorio-épithéliomateuses avec les sarcomes angioplastiques, au point que l'on est en droit de se demander s'il n'y a pas identité de nature entre ces deux espèces de tumeurs.

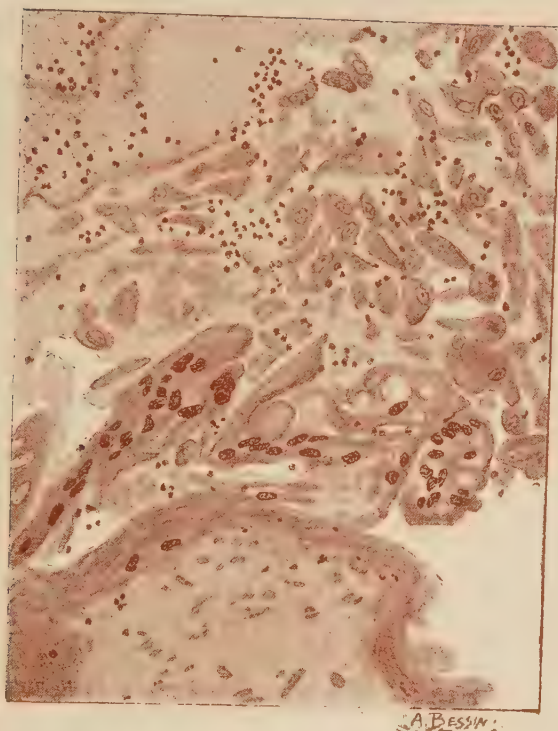


Fig. X. — CHORIO-EPITHÉLIOME PRIMITIF DU VAGIN. (Obs. VI). — Masses plasmodiales et Cellules claires de Langhans.



Fig. XI. — CHORIO-EPITHÉLIOME PRIMITIF DU VAGIN, avec métastase dans l'ovaire droit. Uterus indemne. (d'après Hugo Hübl) 1903.

SECONDE PARTIE

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS ANTÉRIEURES

I. — FIBROMYOMES, FIBROMES ET MYOMES PRIMITIFS

1. Albarran. *In Thèse Baurry*. Paris, 1896.

E. F. . . , 34 ans. Chute à califourchon, il y a 2 ans, depuis laquelle crises de rétention d'urine, arrivant chaque mois et allant en augmentant. Puis douleurs continues augmentant avec les mictions, qui sont plus fréquentes.

Tumeur dure, sur la paroi antérieure du vagin, s'étendant jusqu'à la partie supérieure du cul-de-sac vaginal, et en bas, jusqu'à 3^{cm} de l'orifice du vagin. Urèthre refoulé à droite et en haut. Première intervention incomplète ; urèthre perforé. A l'examen endoscopique, la tumeur bombe dans la vessie. 2^e intervention par incision vaginale et énucléation. Hémorragie. Tamponnement. Guérison. *Myome pur* de la cloison vésico-vaginale.

2. Béraud. *Bulletin de la Société de Chirurgie*. 1864. iv, p. 100.

Polype du vagin pédiculé, entraînant la paroi vaginale et simulant une cystocèle. Ligature du pédicule et excision.

3. Churchill. *Traité prat. des malad. des femmes*. 1874, p. 165.

Femme de 23 ans, au 7^{me} mois de sa grossesse. Tumeur faisant saillie hors la vulve, insérée par un pédicule, au milieu de la paroi postérieure du vagin. Ligature simple ; section au bout de quelques jours. Guérison et accouchement normal à terme.

4. J. da Costa. *Med. News*. Oct. 1895.

Femme de 40 ans. Fibrome de 10^{cm} sur 15^{cm}, siégeant à la paroi antérieure, jusqu'à l'orifice vulvaire où elle fait saillie, et comprimant l'urèthre. Enucléation, suture, guérison.

5. Curling. *Cité par Barnes, in Diseases of Women*, p. 887.

Tumeur solide de la paroi supérieure du vagin, à laquelle elle est fixée par un large pédicule inséré en arrière du méat uréthral.

6. Dahlmann. *Arch. f. Gynæk*, 1880.

Femme de 43 ans. Fibrome sessile de la paroi antérieure du vagin. Urèthre dévié à droite.

Énucléation. Guérison au 20^{me} jour.

Histologiquement, la tumeur était constituée par des faisceaux de fibres musculaires lisses et du tissu connectif.

7. Demarquay. *Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 330.

40 ans. Myome du vagin du volume d'un gros œuf, siégeant sur la paroi antérieure. Gêne dans le coït, saillie de la tumeur à la vulve. Incision, énucléation et suture. Guérison.

8. Dubar (de Lille), in *Thèse Nieppe. Lille*, 1904.

Fibrome pur, siégeant dans le cul-de-sac postérieur, chez une femme de 48 ans, ayant eu 3 accouchements.

Difficultés pour aller à la selle. Aucun autre trouble subjectif. Ablation par énucléation simple et sutures. Guérison.

9. M. Elischer. *Société impéριο-royale des médecins de Budapest*, 12 mai 1892.

Femme de 40 ans. Douleurs abdominales, pertes blanches, troubles de la miction. Fibromyome siégeant dans le cul-de-sac vaginal gauche. Muqueuse intacte. Énucléation. Coexistence d'un abcès péri-urétral et d'un polype muqueux sortant de l'orifice du col utérin.

7. Ch. Espezel. *Bulletin général de thérapeutique*, 1838, vol. 14, p. 299.

40 ans. Polype vaginal énorme traité par la ligature. Guérison.

10. Fischer. *Zeitschrift für Wundärzte. Bd. 38. Heft. 3.* 1878.

Fibrome pur, gros comme une noisette, sur la paroi antérieure du vagin, très gênant pour le coït. Au bout de 3 ans, est du volume du poing.

Opération au 7^e mois de la grossesse, par section du pédicule. Guérison et accouchement à terme d'un enfant vivant.

11 Geuer. *Dem. eines Scheidensfibroms. Centralblatt für Gynæk.* 1894, n° 16.

Fibrome de la grosseur du poing, chez une femme de 48 ans, sans enfants. Tumeur en forme de sablier avec un pédicule inséré sur la paroi antérieure et saillant à la vulve; incontinence d'urine au moment de la toux. Décortication du pédicule, ligature et sutures. Guérison simple.

12. Ch. M. Green. *Boston Med. and Surgical Journ.* 22 décembre 1892.

S. L... 50 ans. 2 enfants, Ménopause complètement établie depuis sept ans. Douleurs fréquentes pendant la miction, pas de pertes blanches ni d'hémorragies. Tumeur arrondie, du volume d'un œuf de poule, fixée à la paroi antérieure du vagin, sans connexions avec la vessie et le col de l'utérus : Tumeur sessile, facilement extirpée par incision de la muqueuse et énucléation. Tamponnement à la gaze iodoformée, guérison.

Examen histologique (D^r F. Sears) : Fibromyome.

13. Gremler. *Cité par Philips.*

Enorme fibromyome pesant 10 livres 2 onces et demi, pendant de la paroi vaginale antérieure, comme une grosse poire, avec un pédicule de l'épaisseur de deux doigts.

14. Guillemet. *In Thèse Boutin.* Paris 1898.

P... âgée de 21 ans, primipare enceinte de six mois et demi ; abondantes hémorragies des voies génitales. Tumeur du volume d'une mandarine, rouge brun, saillant à la vulve, douleurs très vives à la pression ; consistance solide et ferme ; recouverte par muqueuse œdématiée. Implantation sur la paroi vaginale postérieure par un pédicule de 4 à 5 centimètres. Ligature du pédicule en trois faisceaux et section au bistouri, suture, guérison, accouchement à terme d'un enfant vivant. *Fibromyome télangiectasique* de la paroi vaginale.

15. Hofmokl. *Wien. Méd. Presse.* 1891.

Femme de 49 ans, 3 grossesses. Hémorragies vaginales. Tumeur grosse comme une tête d'enfant, insérée à la paroi antérieure par un court pédicule de 5 cent. de diamètre. Ponction montre une cavité intra-néoplasique contenant du sang. Ligature élastique du pédicule. La tumeur se détache le 5^e jour. Guérison.

Examen : Fibromyome.

16. Honing. *Berliner Klin. Wochenschrift.* 1869, p. 55.

Malade de 41 ans. Pertes abondantes depuis deux ans, gêne dans la miction. Tumeur, plus grosse que le poing, ulcérée par places, saillant hors la vulve et refoulant l'urèthre. Un autre lobe deux fois plus gros, inséré au-dessous du canal urétral par un court pédicule, distend le vagin. Section du pédicule. Hémorragie abondante. La masse formant deux lobes inégaux mesure 21 cent. de long et 9 cent. d'épaisseur.

Examen histologique : Fibrome mou.

17. Hume. *Myoma of the vagina. The. Lancet* 1895, vol. II. p. 988.

Myome pur de la paroi antérieure du vagin chez une femme d'âge

moyen. Abondantes hémorragies, fréquents besoins d'uriner nécessitant des cathétérismes répétés. Urèthre très long et sinueux, difficile à cathétériser. La tumeur remplit tout le vagin et fait saillie à la vulve. Enucléation après incision de la paroi vaginale. Hémorragie, tamponnement.

18. Félix Isnard. *Union médicale*, 1866, p. 278, vol. I.

Polype vaginal subissant la dégénérescence cancéreuse. Femme de 36 ans. Siège sur la paroi antérieure. N'empêche ni fécondation, ni gestation pendant laquelle la tumeur s'accroît. Troubles de miction et défécation. Hémorragies au moindre contact. Friabilité.

Ablation au moyen de l'écraseur de Chassaignac. Récidive. Nouvelle opération et nouvelle repullulation. Mort.

19. Kleinwachter. *Zeit. f. Heil. Prager*. III, p. 357.

Femme de 38 ans. Fibromyome pédiculé, de la grosseur du poing, fixé à la paroi antérieure du vagin. Ulcération. Un recessus de la vessie pénètre dans le pédicule de la tumeur. Enucléation. Déchirure de la vessie. Fistule qui dura 18 jours.

20. Lejars. *Leçons de clinique chirurgicale*, 1893-94, p. 598.

Femme de 40 ans. Depuis un an, petite tumeur faisant saillie à la vulve et siégeant au-dessous de l'urèthre. Gêne pendant la marche ; difficultés de la miction.

Tumeur visible entre les grandes lèvres, ovoïde, grosse comme un œuf, implantée sur la paroi antérieure du vagin qu'elle soulève sur toute la hauteur du septum uréthro-vaginal. Fixée à l'urèthre ; Ulcérée, sans que l'ulcération ait de caractères suspects.

Incision ovale, dissection facile. Urèthre dénudé, mais intact ; Surjet au catgut et tamponnement vaginal. Guérison.

La tumeur qui siégeait dans l'épaisseur du système uréthro-vaginal était un fibro-myome avec prédominance de l'élément myomateux.

21. Lewars. *Trans. obstet. Society. London*, 1887-88, Vol. XXIX p. 299.

Fibrome de la paroi antérieure du vagin mesurant un pouce et demi dans le sens antéro-postérieur et un pouce et quart transversalement.

22 Lisfranc. *in mémoire de Potel. Loco-citato*.

Polype inséré sur la paroi postérieure. Le toucher rectal montre une dépression en doigt de gant formée par l'intestin, et qui se prolonge jusqu'à la base de la tumeur. Section après avoir introduit le doigt dans le diverticule rectal, entre celui-ci et la tumeur.

23. Littauer. *Société de gynécologie de Leipzig*, 21 juillet 1902.

Myome du vagin, mesurant 17^{cm} 5 de diamètre et inséré sur la paroi vaginale postérieure. Pertes de sang abondantes, dues à une érosion siégeant à la partie la plus saillante de la tumeur ; l'auteur suppose une blessure faite pendant le coït. Opération ; guérison.

24. Mac Clintock. *The medical Times*. London, XIII, p. 473.

Femme de 30 ans, portant depuis 10 mois une tumeur de la paroi antérieure du vagin, faisant saillie à la vulve pendant la station debout. Aucun symptôme pénible. Ligature et ablation au bout de quatre semaines. Hémorragie et ouverture du canal de l'urèthre. Guérison.

25. Machenhauer. *Centralblatt für gynækologie*, 1902, n° 21.

Myome pur chez une femme de 22 ans ; III pare. Hémorragies et écoulements purulents. La tumeur de consistance molle, siège à la paroi antérieure du vagin et empêche l'exploration de l'utérus. Énucléation facile.

26. Meadows. *Trans. obst. Soc. London*, 1868-69, vol. X, p. 141.

Ablation au moyen de l'écraseur d'un fibromyome du vagin, ayant le volume d'un œuf de dinde. Mort en quelques jours.

27. J. C. Moore. *St-Louis medic. and Surg. Journal*, 1885, p. 125.

Fibromyome de la paroi antérieure, gros comme un abricot de Californie. Dissection, énucléation et tamponnement à la gaze phéniquée.

28. Ollivier. *Lancette française*, 1862, n° 75, p. 378.

Polype vaginal, inséré par un long pédicule sur la paroi latérale droite. Femme de 37 ans, 10 accouchements. Ligature et section du pédicule. Guérison.

29. James Oliver. *The Edinburgh medical Journal*. Juin, 1897, p. 634.

M. B. . . 32 ans, sept enfants. Depuis dix neuf mois, époque de la naissance du dernier enfant, augmentation des hémorragies menstruelles et sensation d'obstruction du canal vaginal, de temps en temps difficultés dans l'émission des urines. L'hypogastre est occupé par une tumeur qui dépasse le pubis de trois travers de doigt, et l'on trouve le vagin distendu par une masse du volume d'une noix de coco. Les deux tumeurs abdominale et vaginale n'ont aucune connexion. Celle-ci est développée aux dépens de la paroi vaginale antérieure. Incision de la muqueuse et énucléation. Fibromyome primitif du vagin. La tumeur abdominale était un fibrome interstitiel de l'utérus.

30. Paget. *Medical Times and Gazette*. London, 1871, vol. 2, p. 161.

Tumeur fibreuse du volume d'un œuf de poule, siégeant sur la paroi antérieure du vagin. Ablation. Guérison.

31. M. Paquet. *Bulletin médical du Nord*, 1882, p. 651.

Tumeur fibreuse insérée sur la paroi latérale gauche. Incision et énucléation digitale.

32. G. Petit (d'Alfort) *Bulletin de la Société anatom.* mars 1900, p. 335 ; avril, 1902, p. 396.

Fibromes du vagin chez la chienne. — Sur le plancher vaginal, existent deux tumeurs d'inégal volume, distantes de deux ou trois centimètres. L'une occupe le fond de la cavité vaginale, est arrondie, de la grosseur d'une orange et de consistance dure. La muqueuse vaginale est faiblement adhérente et la base d'implantation est large ; l'autre, plus petite, piriforme, saillante également dans le vagin, surplombe le méat urinaire ; le canal de l'urèthre est libre dans toute son étendue.

Examen histologique : Fibromes purs du vagin.

b) *Fibromes multiples du vagin*, avec métrite chronique et kystes de l'ovaire chez une chienne atteinte de cancer de la mamelle.

On trouve dans les parois vaginales une multitude de tumeurs fermes, lisses, blanchâtres, de volume et de forme variables, pédiculées ou sessiles, depuis l'orifice de l'urèthre jusqu'au col utérin et comblant la cavité du vagin. La vulve est absolument saine. L'étude histologique démontre qu'il s'agit de *fibromes purs*.

33. John Philips. *British. medic. Journ.* février 1899, p. 262.

a) B... 36 ans. Sans enfants. Douleurs pendant le coït, irritation gastrique et mammaire réflexe. Tumeur dans le cul-de-sac antéro-latéral gauche du vagin, sessile, lisse, indolente. Muqueuse intacte et glissant sur elle. Diagnostic, Kyste vaginal ? Incision, énucléation, sutures profondes et superficielles. Guérison.

Examen microscopique : Fibromyome, avec prédominance de l'élément fibreux.

b). A... 49 ans. Douleurs vésicales. Longues périodes d'aménorrhée, alternant avec des pertes durant quelques jours. Ecoulement de mauvaise odeur. Besoin constant d'uriner.

Tumeur élastique, presque fluctuante, commençant au niveau de l'urèthre, remontant vers le détroit supérieur et située au-dessous de la muqueuse de la paroi antérieure du vagin mobile au-dessus d'elle. Utérus normal. La tumeur remplit tout le vagin et

retient le sang menstruel, origine des écoulements fétides. Enucléation très laborieuse, hémorragie abondante.

Tamponnement et pinces à demeure. Guérison apyrétique. Examen : néoplasme lobulé, dur, encapsulé, pesant 14 onces et demi, formé d'un mélange d'éléments fibreux et musculaires.

34. Pillore, *cité par Potel*.

Fibrome de 30 cm. de longueur et 24 cm. de largeur inséré sur la paroi antérieure, chez une femme de 39 ans. Obstacle absolu à l'accouchement. La tumeur est attirée à l'extérieur et l'expulsion d'un fœtus putréfié a lieu facilement. Mort, quelques jours après.

35. Porro. *Annales de Gynécologie*, 1876, p. 72.

Femme de 26 ans, au 2^e mois de sa grossesse. Hémorragies et douleurs. Grosse tumeur sortie du vagin, et dont le pédicule est fixé sur la paroi antérieure.

Accouchement avant terme d'un fœtus mort, pesant 1840 gr. la tumeur menaçant de se gangréner est enlevée trois jours après.

36. Potel. *Revue de gynécologie*, 1903, p. 405.

Fibromyome de la paroi antérieure. Femme de 48 ans, célibataire. Métrorrhagies et troubles de la miction (pollakiurie et dysurie). Tumeur sessile. Dilatation du vagin, et énucléation de la tumeur. Tamponnement à la gaze iodoformée, Guérison. Coexistence d'un petit fibrome utérin.

37. Rizzoli. *Journal de Méd. de Bruxelles*, 1875.

Femme de 40 ans, ayant eu plusieurs accouchements. Tumeur existant depuis trois ans, ayant le volume d'un œuf de dinde et faisant saillie entre les grandes lèvres, de façon à simuler une cystocèle vaginale. Pas de douleur, simple gêne. Incision, dissection prudente des adhérences uréthro-vésicales. Hémorragie, tamponnement. Guérison en 40 jours.

Examen microscopique : Fibromyome.

38. Rocheblave. in *Thèse Nieppe*, Lille 1904.

Enorme fibrome, observé chez une primipare de 30 ans, pendant le travail. Inséré par un pédicule à la paroi antérieure du vagin. Ablation par torsion. Accouchement se fait normalement; enfant mort et macéré. Guérison.

39. Rochelt. *Wiener Medicinische Presse*, 1882, n^o 6. p. 178.

Femme de 32 ans. Célibataire. Fibromyome de la paroi antérieure. Pesanteurs et gêne dans le vagin. Enucléation, sutures, tamponnement.

40. Routier. *in Thèse Baurly.*

a) Madel. M..., 42 ans. Tumeur sortie hors la vulve à la suite d'un effort. Auparavant aucun trouble dans les mictions et les rapports sexuels. Augmentation rapide de volume, puis douleurs, gêne de la marche et écoulements. Tumeur ulcérée, entre les grandes lèvres, de 10 cm. de long, sur 7 de large, du volume d'un œuf de dinde au niveau de la paroi antérieure du vagin dont la muqueuse glisse sur elle. Urèthre normal semble adhérer à la tumeur, qui est pseudo-fluctuante. Incision elliptique circonscrivant l'ulcération, dissection, énucléation. Sutures. Guérison. Fibromyome de la cloison vagino-urétrale.

b) Malade de 32 ans. Gêne de la miction, vaginisme. Tumeur de la grosseur d'une noix, occupant la partie supérieure de la paroi antérieure du vagin, qui est mobile. Ablation par énucléation et suture. Guérison complète.

41. Schramm. *Fibromyome der vord. Scheidenwand. Cent. f. Gynæk.*, 1895, n° 117.

Fibromyome de la grosseur d'une prune, siégeant à la paroi antérieure et faisant hernie hors la vulve. — Coït difficile et douloureux. — Extirpation.

42. A. R. Simpson. *Trans. obstetr. Soc. London*, 1887-88, vol. v p. 121.

Fibromyome de la grosseur de deux poings, occupant toute la paroi antérieure du vagin, les deux tiers supérieurs de l'urèthre et une partie du trigone vésical, — Ablation. —

43. Horatio R. Storer. *Virginia Medical Monthly*, 1886-88, vol. XIII. p. 793.

Ablation avec l'écraseur d'une énorme tumeur fibreuse du vagin ; après dilatation de l'anus, introduction de la main dans le rectum pour faire basculer la tumeur et l'accoucher hors du vagin. —

44. P. Strassmann. *Centralbl. für Gynæk.* 1891, n° 41. p. 825.

A. Femme de 41 ans, sans enfants. — Elancements dans le vagin et l'anus attribués à la migration d'une épingle avalée, il y a un an. Sur le côté de la cloison recto-vaginale, deux petites tumeurs des dimensions d'une lentille. — Enucléation.

Examen histologique : Fibrome crétifié.

B. Célibataire de 34 ans. — Tumeur bilobée, molle presque kystique s'insérant sur la paroi antérieure du vagin. — Urèthre déplacé à droite

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un fibromyome mou.

45. Tillaux. *Annales de Gynécologie*. Septembre 1889. p. 161.

Malade de 29 ans — 2 accouchements normaux, une fausse couche il y a dix huit mois. — Depuis 5 mois, douleurs, envies fréquentes d'uriner, impossibilité des rapprochements sexuels. — Tumeur sessile, ovoïde, rosée, grosse comme un œuf de poule, de consistance ferme et élastique faisant saillie hors la vulve, et se prolongeant dans le vagin sur une longueur de 2 centimètres 5.

Méat urinaire déformé en fente verticale, adhérences de la tumeur à la paroi uréthrale.

Incision suivant le grand axe et énucléation. — Canal de l'urèthre intact. Tamponnement. Guérison

Examen histologique : Fibromyome.

46. Wilson. *Med Times and gaz.* 1876. Avril. p. 360.

Fibromyome diagnostiqué par l'examen histologique, chez une enfant de deux ans et demi. — Ecoulements vaginaux et hémorragie. — Cris pendant la miction.

Tumeur de la grosseur d'une petite orange, sort du vagin ; ligature et section du pédicule.

II. — SARCOMES PRIMITIFS

A. CHEZ LES ENFANTS.

1. Braun. *Inaug. Dissertation*. Greifswald, 1896.

Petite fille de cinq ans. Tumeur du volume d'une noix, occupant l'orifice vulvaire et atteignant au bout de peu de temps les dimensions d'un poing. Sur toute sa surface, petites saillies semblables à des vésicules.

2. Demme. *Diss inaug. München*, 1888.

Fillette nouveau-née ; tumeur de la grosseur d'un pois entre les deux petites lèvres. Accroissement lent. A l'âge de 5 ans et demi la tumeur a atteint le volume d'un noyau de pêche. Mort à l'âge de 7 ans.

3. M. P. Guersant. *Moniteur des Hôpitaux*, 1854, p. 187.

Enfant de 13 mois. Tumeur apparaissant à l'orifice vulvaire, prenant en huit jours un rapide accroissement, puis restant stationnaire ; volume d'une aveline, insérée par un court pédicule à la cloison uréthro-vaginale. Ligature, chute de la tumeur au bout de quelques jours. Cautérisation au nitrate d'argent.

Un mois après, récidive in situ, tumeur en « grappe de raisins » molle et saignant facilement. Ligature.

Nouvelle repullulation au bout de 15 jours. Mictions douloureuses et difficiles, amaigrissement, fièvre, diarrhée.

Ligature à la base de la tumeur dont cinq ou six lobes sont arrachés par la traction. (ils ressemblent aux polypes muqueux des fosses nasales). Excision quelques jours après. Mort.

4. Hollander. *Cité par M. Le Dentu.*

Enfant de 9 mois. Tumeur du volume d'un œuf de pigeon emplissant le vagin. Extirpation du vagin et de l'utérus par la voie para-sacrée (Israël). Guérison, pas de récurrence après trois mois.

5. Huguet. *Rapport de M. Ricard. Société de chirurgie*, 5 janv. 1897.

Fillette de 8 ans. Tumeur dure, irrégulière, des dimensions d'un œuf de poule, développée depuis six mois et faisant saillie entre les grandes lèvres. La tumeur s'insère par un pédicule à 3 centimètres de l'entrée du vagin. Section du pédicule et suture de la muqueuse vaginale. Guérison.

Examen microscopique : Fibro-sarcome.

6. A. Ivor Thomas. *British medical Journ.* Oct. 1897, p. 1088.

Enfant d'un an et 9 mois. Tumeur hors des parties génitales et écoulements de sang. Difficultés de la miction. Tumeur molle, friable, rougeâtre, ulcérée, du volume d'une noix et ayant l'aspect d'une « grappe de raisins ». fixée au fond de la paroi antérieure du vagin par un large pédicule.

Ablation. Guérison.

Examen histologique : Myxome.

7. Piéchaud et Guyot. *Congrès de Nantes*, 1901.

Fillette de 25 mois. La mère s'aperçoit de quelques pertes jaunâtre, teintées de sang. Hémorragie abondante.

Tumeur apparaît à la vulve. Dysurie nécessitant deux cathétérismes par jour.

Tumeur du volume d'une petite poire, sphacélée rapidement. Urines purulentes, fièvre, pertes abondantes et fétides. Amaigrissement, augmentation de volume du ventre.

La tumeur, d'abord détruite par le sphacèle, se reproduit en 8 jours et acquiert le volume du poing. Elle est lisse, arrondie, rougeâtre, rattachée à la paroi postérieure du vagin par un pédicule large et court et très douloureuse à la pression. Plaques de sphacèle.

Au-dessus du pubis, on sent une masse dure dont la pression fait saillir la partie procidente de la tumeur. Le rectum est comprimé et son calibre effacé ; pas de ganglions.

Mort par péritonite aiguë, en 2 jours.

Autopsie. Péritonite généralisée avec pus et fausses membranes ; vagin rempli par un gros champignon bosselé, inséré sur la paroi postérieure. Utérus et annexes sains.

La tumeur d'une dureté élastique est blanchâtre et peu vasculaire. Vessie adhérente à la paroi vaginale, au niveau de sa base. Uretères comprimés, mais pas d'hydronéphrose. Rectum sain, n'adhère au vagin qu'à sa partie inférieure.

Examen histologique : Sarcome à cellules embryonnaires avec nombreux vaisseaux sans parois. La cloison vésico-vaginale est infiltrée.

8. Rabé. *Archives de Méd. des Enfants*, 1902, t. v. p. 584 et *Rev. de Gynécologie* 1903, n° 5.

Enfant de 16 mois. Audire de la mère, douleurs violentes dans le bas ventre depuis un mois, en rapport avec des difficultés de la miction. Masse charnue gris rosée s'échappe à la vulve. Dans le vagin, masses multiples, non ulcérées, formant une tumeur polypeuse à surface mamelonnée, unie par un pédicule à la paroi vaginale postérieure ; section du pédicule ; tumeur « en grains de raisins » sessiles du volume d'une lentille, devenant piriformes, pédiculés en s'éloignant de leur point d'implantation.

Dix jours après, récurrence ; le fond du vagin est recouvert de végétations polypeuses, saignantes.

Laparatomie, ablation de l'utérus et du vagin.

Broncho-pneumonie au 6^e jour et mort rapide.

Examen des organes : Utérus indemne, sauf des saillies chagrinées à la surface externe de la portion vaginale du col.

Dans le vagin, végétations grisâtres, sessiles ou à court pédicule, plus grosses en se rapprochant du col.

Autopsie. Pas de participation du rectum et de la vessie ; autour de la tranche vaginale est restée une bande de paroi de 5 à 6 millimètres, tapissée par des végétations qui eussent amorcé la récurrence. Pas de foyers métastasiques. Deux noyaux de broncho-pneumonie suppurée au poumon droit.

Examen histologique, (fixation à l'alcool, inclusion dans la paraffine, coloration à l'hématéine-éosine). — *Sarcome fusocellulaire* développé aux dépens du chorion de la muqueuse vaginale.

9. Schuchardt. Cité par M. le professeur Le Dentu *British méd. Journ.*, 15 septembre 1888.

Tumeur pédiculée se détachant de la paroi postérieure du vagin. Excision, en même temps qu'une portion de la surface vaginale environnante, large comme une pièce de dix pfennig. Récurrence après six mois et demi. Extirpation de toute la moitié inférieure

de la paroi postérieure du vagin avec la tumeur qui y était largement implantée. Dix ans, sans récurrence.

10. P. Strassmann. *Centralbl. für Gynækologie*. 1899, p. 825.

Enfant d'un an et demi, atteint d'un sarcome sessile implanté sur le côté droit et sur la paroi postérieure du vagin, sans dispositions polypeuses.

B. CHEZ L'ADULTE.

1. Aglave et Milian. *Bulletin de la Société Anatom.* Novembre 1898.

W... âgée de 51 ans. Cinq enfants et sept fausses couches. Tumeur grosse comme une noix, faisant hernie à la commissure inférieure de la vulve, au moment des efforts. Gêne et pesanteur périnéale.

Accroissement rapide de la tumeur et hémorragies. Anémie, fièvre, (38° 2), ballonnement du ventre.

Examen clinique: Deux tumeurs, l'une insérée sur la paroi vaginale postérieure, sur une hauteur de 6-7 cent. de coloration rose et violacée par places, irrégulière, recouverte par muqueuse friable et saignant facilement, l'autre du volume d'une mandarine, noirâtre, recouverte par une muqueuse d'aspect sphacélique, et fixée au tubercule antérieur et au pilier antérieur du vagin.

Le doigt introduit dans le vagin, provoque de la douleur et sent une troisième masse du volume d'une noix et extrêmement friable sur la paroi latérale gauche. Ablation palliative d'une partie des masses néoplasiques, hémorragies abondantes, tamponnement vaginal.

Mort cinq semaines après le début apparent de ces tumeurs, dans un état typhique, avec fièvre, douleurs.

Examen histologique: Tumeurs très friables, caverneuses à la coupe. Sarcome à grandes cellules fusiformes, où domine l'élément vasculaire.

2. Bajardi. *Ann. d'obstétrique et de gynécologie*. 1880, vol. II.

Femme de 25 ans, mariée, primipare. Au 5^e mois de la grossesse, se plaint de douleurs et de sensation de corps étranger dans le vagin. Examen au 8^e mois: tumeur entre les petites lèvres, rattachée à la paroi vaginale postérieure. Section du pédicule. Accouchement normal. Trois mois après, douleurs et écoulements vaginaux; récurrence, tumeur du volume d'un œuf de poule, de coloration rouge pâle et non ulcérée sur la paroi postérieure et nodule sur la paroi opposée. Métastases dans les ganglions inguinaux, axillai-

res et cervicaux, dans la peau du thorax et de l'abdomen, dans les poumons et le péritoine. Mort, pas d'autopsie.

Examen des tumeurs vaginales. La plus grosse est un sarcome à cellules rondes ; la plus petite, un sarcome à cellules fusiformes.

3. Castelain. *Bulletin médical du Nord*. 1861, p. 156.

Femme de 52 ans. Multipare. Douleurs lombo-abdominales, difficultés dans la marche, hémorragies abondantes. Tumeur douloureuse, faisant saillie à la vulve, violacée, piriforme, élastique. Ligature du pédicule et section avec l'écraseur.

Examen microscopique : Tumeur à cellules fibro-plastiques, revêtue par l'épithélium vaginal épaissi,

4. Fränkel. *Deutsch Zeitschrift f. prakt. med.* 1875.

Femme de 30 ans, mariée, 2 enfants. Au 3^e mois de la seconde grossesse, tumeur légèrement douloureuse, apparaissant sur le côté gauche de l'orifice vaginal. Après l'accouchement, pertes purulentes, hémorragies, coït douloureux suivi de sang. On constate une tumeur à large base, présentant une petite ulcération et siégeant sur les parois vaginales postérieure et latérale gauche. Pas de ganglions. Destruction au cautère. Récidive rapide in situ ; ulcération envahissant le tiers inférieur de la paroi postérieure ; fistule recto-vaginale, destruction des petites lèvres, envahissement des ganglions inguinaux. Mort. Durée de la maladie, 2 ans.

Examen microscopique : Sarcome à cellules rondes.

5. G. Gatti. *Giornale della R. Acad. di Medic. di Torino*. Juillet 1892, p. 564.

Femme de 34 ans, opérée 5 mois auparavant d'un polype faisant saillie à la vulve. De nouveau, développement d'une tumeur charnue, lisse, rosée, du volume d'un œuf de poule, insérée sur le tiers inférieur de la paroi vaginale inférieure et herniée entre les petites lèvres. Extirpation au bistouri.

Ex. microscopique : Sarcome primitif du vagin, formé de faisceaux entrecroisés en divers sens de cellules fusiformes, avec des cellules lymphoïdes. Zones de dégénérescence muqueuse et de véritable tissu myxomateux dans la partie supérieure de la tumeur.

6. Herzfeld. *Allgem. Wiener Med. Zeitung*, 1889.

F. C. . . . 38 ans, multipare (six enfants). Tumeur du volume d'un œuf de poule, non ulcérée, siégeant sur la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin, et grossissant depuis 4 mois ; pas de douleurs. Utérus grayide.

Ablation. Cinq mois après, récidive in situ et tumeurs secon-

daïres dans le vagin. La malade refuse l'opération, et revient au bout de trois mois avec une grosse masse néoplasique sur la paroi vaginale postérieure et une plus petite sur la paroi antérieure, obstruant complètement le conduit vaginal.

Grosses masses ganglionnaires dans la région inguinale gauche, et œdème du membre inférieur du même côté. Troubles de la miction et de la défécation. Fièvre. Mort. Opération césarienne ; extraction d'un enfant mort. Autopsie : Utérus sain. Petit bassin rempli par une énorme masse s'étendant entre le vagin et le rectum. Métastases dans les poumons, les plèvres et les ganglions inguinaux.

Diagnostic histologique : Sarcome à cellules fusiformes.

7. Kalustow. *Arch. für Gynæk.* Bd. 40, p. 499.

E. S..., 23 ans. 2 enfants. Depuis 7 mois pertes de sang continues. Apparition d'une tumeur hors du vagin, il y a un mois.

Anémie extrême, pouls petit, langue sèche, température élevée. Grosse tumeur insérée sur la paroi antérieure du vagin, un peu en arrière de l'orifice de l'urèthre, jusqu'à la partie supérieure du vagin. Elle est recouverte par un magma escharifié noirâtre. Utérus sain, mais augmenté de volume. Pas de ganglions.

Au moment où les escharres se détachèrent, abondantes hémorragies. Apparition de tumeurs secondaires du volume d'une noisette, au niveau de la fesse et de la cuisse gauches ; en même temps accroissement rapide de la tumeur vaginale, qui commence à saillir à l'extérieur. Difficultés de la miction, urines sanglantes. Envalissement du paramétrium à droite.

Pas d'intervention. Mort (infection).

Examen microscopique : Tumeur très vasculaire. Angio-sarcome à cellules rondes avec quelques cellules fusiformes. La structure des tumeurs secondaires est identique.

8. Kaschewarowa. *Vichows' Archiv.* Bd., 54. 1872, p. 65.

Jeune fille de 15 ans, pas encore réglée. Difficultés de la miction. Tumeur de la grosseur d'une noix, rattachée par un court pédicule à la partie inférieure de la paroi vaginale antérieure. Utérus normal. Ablation et suture. Rapide récidence in situ. Tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, très friable et recouverte par la muqueuse vaginale. Extirpation partielle ; accroissement rapide de la tumeur qui acquiert les proportions d'une tête de fœtus. Mort. Durée de la maladie : 5 mois.

Examen microscopique : sarcome à cellules fusiformes avec des fibres musculaires striées.

9. Kaschewarowa *id.*

Multipare. Petite tumeur siégeant à la partie supérieure de la paroi vaginale postérieure, à surface irrégulière et ulcérée. Accroissement lent depuis deux ans, en dépit des cautérisation locales. Excision.

Examen histologique : sarcome à cellules fusiformes.

10 Langton. *Hosp. Records. St-Barthélemew Hosp.* 1890.

M. V. 55 ans. Tumeur sessile à surface ulcérée, siégeant sur la partie inférieure de la paroi vaginale postérieure. Hémorragies et saillie de la tumeur hors la vulve. Utérus sain. Rectum non envahi. Ablation par énucléation. Récidive cinq semaines après. Nouvelle extirpation. Nouvelle récidive au bout de 18 jours. Ablation. Repullulation sur place et au niveau de la paroi antérieure du vagin, en moins de cinq semaines.

Diagnostic histologique : sarcome à cellules rondes.

11. Meadows. *Obstetr. Trans. Society.* Vol. X.

Célibataire de 38 ans, un enfant de 7 ans. Douleurs lombaires ; tumeur très friable du volume d'un œuf de dinde, faisant saillie à la vulve, douloureuse et saignant facilement ; rattachée à la paroi vaginale antérieure et paraissant s'étendre entre la vessie et l'utérus. Ablation partielle à l'écraseur.

Mort une semaine après (embolie pulmonaire). Durée de la maladie, 4 mois 1/2. Autopsie, pas de tumeurs secondaires.

Examen histologique : sarcome à cellules fusiformes.

12. Menzel. *Centralbl. fur. gynæk.*, 1885.

F. S. . . 39 ans. Multipare. Depuis 3 mois, tumeur sortant du vagin. Leucorrhée, puis pertes purulentes et irritantes. Pas de douleurs. Tumeur de la grosseur d'une pomme, rattachée à la paroi vaginale antérieure par une large base. Ulcération. Vessie et urèthre sains. Ablation facile. Pas de récidive au bout de 10 mois. On constate une grossesse au 7^e mois.

Examen histol. Sarcome à cellules rondes avec quelques cellules fusiformes.

13. Morestin. *Bulletin de la société anatomique*, juin 1898, p. 431 et décembre 1900, p. 1045.

E. L. . . célibataire, 59 ans. Petites hémorragies vaginales depuis deux mois ; aucun passé génital. Masse arrondie, noirâtre, ulcérée du volume d'une noix, soulevant l'hymen. Implantation sur la paroi postérieure du vagin, par un large pédicule inséré à mi-hauteur de la cloison recto-vaginale. Muqueuse vaginale adhérente à la tumeur. Rectum sain.

Extirpation ; suture (7 avril 1898). Première récurrence locale, à la fin d'avril. Le 7 septembre nouvelle intervention, après section du périnée. Réunion comme pour une colpo-périnéorrhaphie.

15 mars 1899: Une tumeur est apparue au-dessus de la crête iliaque gauche, du volume d'un œuf et située dans les masses musculaires.

17 mai. Nouvelle récurrence vaginale. Envahissement de la cloison recto-vaginale dans toute sa hauteur. Obstruction rectale. La masse néoplasique sortait de la vulve sous forme d'un gros bouchon grisâtre. Écoulements fétides. Ablation palliative avec les ciseaux et la curette de presque toute la tumeur vaginale. Injections purificatrices.

AOÛT. Récurrence. Ganglions dans les deux aînes. Tumeurs secondaires dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Mort 18 septembre.

Examen histologique, 20 avril 1898. Sarcome à grandes cellules rondes à plusieurs noyaux, et chargées de pigment d'origine sanguine. Foyers hémorragiques.

14. W. Rubeska. *Centralblatt für gynæk.*, 1^{er} février 1896.

Femme de 35 ans, portant depuis trois ans une tumeur du vagin. Dans les trois derniers mois, elle se développa rapidement, s'ulcéra, saigna et devint sanieuse. Tumeur cylindrique, à extrémité renflée, ulcérée, s'implantant sur la face antérieure du vagin prolabé. Elle présentait la forme d'un gland avec son prépuce, représenté ici par la muqueuse vaginale entourant le pédicule de la tumeur, qui avait 11 cm. de longueur et était large de 5 à 6 cm. Le reste du vagin était normal. Ablation (1885).

En 1895, il n'y avait pas trace de récurrence.

Diagnostic histologique ; sarcome à cellules fusiformes.

15. Simmons. *Edinburg Obstetr. Transact.* Vol. X.

A. M. 49 ans, mariée. Hémorragies depuis 7 semaines. Petite tumeur, sortie du vagin à l'occasion d'un effort. Anémie. Tumeur de la grosseur d'une noix, insérée sur la paroi vaginale postérieure ; la muqueuse vaginale qui la recouvre est saine, sauf en un point où on voit une petite escharre. Excision, sutures. Hémorragies et récurrence trois semaines après l'opération. Mort un mois après.

Examen microscopique : sarcome à cellules fusiformes.

16. Spiegelberg. *Arch. für Gynækologie*, Bd. 4.

Femme de 58 ans, mariée depuis l'âge de 22 ans. Sans enfants. Ménopause depuis l'âge de 40 ans ; depuis un an, hémorragies de plus en plus abondantes, surtout après les exercices. Tumeur infiltrée, ulcérée, saignant au moindre contact, située sur toute la

circonférence inférieure du vagin. Nodules isolés au milieu de la paroi vaginale postérieure. Utérus atrophié et intact. Pas de ganglions, pas de généralisations viscérales. Ablation ; mort une semaine après, (phlegmon de la partie supérieure de la cuisse gauche.

Examen microscopique : sarcome à cellules rondes.

17 Spiegelberg *id.*

Multipare, 4 enfants, dont le dernier est né depuis un an. Au moment de la délivrance, constatation d'une tumeur vaginale qui n'avait apporté aucune gêne à l'accouchement. Tumeur du volume d'une noix située à la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin. Muqueuse normale. Utérus rétrofléchi et fixé par des adhérences anciennes. Ablation : Pas de récurrence après 4 ans.

Examen histologique : fibro-sarcome à cellules fusiformes.

18. Steinthal *Virchows Archiv.* Bd. III.

C. K... 32, ans. multipare, 4 mois avant son entrée à l'hôpital, la malade fut délivrée d'une *môle hydatiforme*. Depuis trois semaines, hémorragies et saillie d'une tumeur hors la vulve. Une tumeur ulcérée du volume d'une noix siège sur la partie inférieure de la paroi antérieure ; une autre néoplasie également ulcérée du volume d'un œuf de poule est fixée sur la paroi postérieure. L'utérus est augmenté de volume. Accroissement rapide des tumeurs. Pas d'opération. Mort. Durée de la maladie, six semaines.

Diagnostic histologique : Angio-sarcome. Les détails cliniques de cette observation nous la ferait volontiers rattacher à un cas de chorio-épithéliome.

III. — ENDOTHÉLIOMES PRIMITIFS

1. Gebhard. *Pathologische Anatom. der Weiblichen Sexualorgan.* Leipzig. 1899.

Pas de renseignements cliniques.

Tumeur du vagin chez une petite fille de 14 ans.

Diagn. histologique : Lymphangio-endothéliome.

2. Franke. *Dissert. Inaug.* Berlin. 1898.

Femme de 55 ans. — Au milieu de la paroi postérieure du vagin, ulcération des dimensions d'une pièce d'un mark, à bords relevés, à fond rouge lardacé et de consistance dure, cerclée par une infil-

tration diffuse de la paroi vaginale. — Ablation. — Récidive deux mois après, avec envahissement de la paroi du rectum.

Examen histologique : Endothéliome d'origine artérielle.

3. Klein. *Arch. für Gynæk.* Bd. 46. p. 292.

Femme de 56 ans. — Tumeur développée dans le vagin et sortant par la vulve, sous forme d'une masse de la grosseur d'une pomme, mamelonnée, rouge, recouverte de pus. Implantation par un court pédicule sur la paroi latérale gauche du vagin, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen.

Diagnostic histologique : Lymphangio-endothéliome caverneux hémorragique.

IV. — ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF

1. M. Adenot. *XIII^e Congrès français de chirurgie*, 16 oct. 1899.

Mad. D..., 31 ans. Le début de l'affection remonte à un an. Une grossesse. Pas de traces de leucoplasie vaginale. Dans le tiers supérieur de la paroi postérieure du vagin, tumeur granuleuse, violacée, non ulcérée, des dimensions d'une pièce de deux francs; dure, douloureuse au toucher.

Rectum et utérus intacts.

Ablation large. Tamponnement. Pas de récidive au bout de trois ans.

Diagnostic histologique : Epithélioma pavimenteux.

2. Bail. *Inaug. Dissert. Tübingen*, 1900.

Femme de 21 ans. Nullipare. Hémorragies depuis trois mois. Douleurs abdominales accompagnées de vomissements; pas de troubles du côté de la vessie et du rectum.

Vagin rempli d'excroissances appartenant à une tumeur molle, friable à base indurée, qui a envahi la paroi vaginale antérieure, le cul-de-sac, le col et la paroi latérale droite.

Biopsie : examen histologique, *carcinome*.

Extirpation du vagin et de l'utérus. Guérison.

3. Bailly. *Gazette des Hôpitaux*, 1873.

Mad. P..., 28 ans, 4 accouchements. Au cours de la dernière grossesse, pertes fétides et petites hémorragies après le coït. Au moment de l'accouchement, tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dans le cul-de-sac postérieur. Cloison recto-vaginale infiltrée. Accouchement facile; pendant la période d'expulsion, la paroi postérieure du vagin et la tumeur ont été chassées hors la

vulve par la tête de l'enfant, puis se sont spontanément réduites après la délivrance. Aucune hémorragie.

Un mois après, hémorragies et écoulements d'odeur infecte ; tumeur mamelonnée occupant toute la paroi postérieure du vagin, molle et saignant au moindre contact. Etat cachectique.

4. Bellamy. *Med. Times and Gazet.*, 1880, II, p. 510.

Femme de 58 ans. 10 enfants, 4 fausses couches. Écoulements verdâtres. Epithélioma du vagin, ayant déterminé la thrombose de la veine iliaque primitive, suivie de pyohémie. Autopsie : cancer propagé au col, au rectum, aux ganglions pelviens droits.

5. F. Bernard. *Loco citato*.

M. D... 67 ans. 3 enfants. Ménopause il y a 12 ans. Légères pertes sanguines, suivies d'écoulements blanchâtres. Pas de douleurs, pas de troubles vésicaux ou rectaux.

Plaque végétante occupant toute la paroi postérieure du vagin. Rectum envahi.

Curettage des fongosités. Hémorragies reparaissent au bout de trois mois. Envahissement du cul-de-sac antérieur, du col utérin. Nouveau curettage et cautérisation de toute la surface néoplasique.

Examen histologique (Coiflin) : Epithélioma pavimenteux lobulé à type colloïde.

6. Blagovetschensky. *Gazette médicale de Paris* 1890.

A. W... 35 ans, 3 grossesses. Douleurs et hémorragies à la suite du coït. Douleurs spontanées dans les reins et le bas ventre, augmentant pendant la marche. Infiltration de toute la paroi postérieure du vagin, ulcérée en son milieu. Opération : tumeur cernée par deux incisions latérales ; exsion du lambeau et d'une partie de la lèvre postérieure du col ; ouverture du péritoïne, suture.

Examen microscopique : Carcinome alvéolaire.

7. Boissier. *Bulletin de la Société Anatom.* 17 Juillet 1874, p. 588.

Femme de 47 ans. Noyaux indurés de la paroi antérieure du vagin. Tumeur sternale et abdominale. Mort.

Autopsie. Cancer du col de l'utérus, des plèvres, du poumon, du péricarde, des reins, du foie, du sternum, des vertèbres sacrées. (D'après l'auteur, les noyaux cancéreux du vagin étaient primitifs).

Examen histologique : Carcinome alvéolaire.

8 Bonnefous. *Thèse de Paris* 1902.

E. Pr... 29 ans ; un accouchement à 20 ans. Pertes blanches

abondantes et douleurs abdominales depuis un mois. Pas d'hémorragies ni de troubles rectaux ou vésicaux.

Tumeur de 6 cm. de long sur 4 cm. de large, située au niveau du tiers supérieur de la paroi vaginale postérieure, reposant sur une base indurée, et mobile sur le rectum ; surface irrégulière, fongueuse et friable. Utérus sain et mobile. Pas de ganglions.

Extirpation. Pincés à demeure sur la tranche vaginale. Mort 9 mois après l'opération.

Diagnostic histologique : Epithélioma lobulé.

9. P.Brœsc. *Zeitschr. für geb. und gynæk.* 1900, t. XLIII, fasc.2.

Femme de 32 ans, 4 accouchements. Hémorragies après le coït. Ulcération grande comme une pièce de 5 marks, très friable, du tiers supérieur de la paroi postérieure du vagin. Rectum sain et mobile. Extirpation totale du vagin et de l'utérus (procédé de Martin).

Examen microscopique : Carcinome. Récidive, neuf mois après l'opération.

10. Brückner. *Der primäre Scheidenkrebs... etc. Zeitschr. f. geburt. und gynæk.* 1881, Bd. VI, p. 110.

K.. 29 ans, 3 accouchements. Pendant la 4^e grossesse, écoulement vaginal, sanguinolent, fétide. Abondantes hémorragies provoquées par le coït. A la fin de la grossesse, hémorragie, masse fongueuse obstruant le vagin. Extraction au forceps d'un enfant vivant, en déprimant la tumeur avec la main. Ablation immédiate de la masse néoplasique. Au bout d'un an, bassin et utérus envahis. Mort.

Diagnostic : Cancer primitif du vagin.

11 Bruno. *Thèse Montpellier*, 1897.

a. Femme de 54 ans. 7 accouchements. Pertes blanches striées de sang. Tumeur du volume d'une mandarine, implantée sur la partie moyenne de la paroi postérieure du vagin. Excision en tissus sains. Tamponnement, pas de récurrence 8 mois après.

b. A.F... 32 ans, multipare. Depuis 8 mois leucorrhée fétide sero-sanguinolente. Néoplasme vaginal de la grosseur du poing, lobulé, friable. Utérus indemne. Ablation par morcellement, raclage, cautérisation au chlorure de zinc. Récurrence rapide.

c. Femme de 36 ans, 5 accouchements. Pertes sanguinolentes, hémorragies produites par la canule à injections. Petite tumeur fissurée et mobile, siégeant sur la partie inférieure de la paroi vaginale postérieure.

Dédoublement de la cloison, excision en tissus sains. Guérison.

12. Chassaignac. *Gazette des Hôpitaux*, 1884.

Femme de 36 ans. Tumeur implantée sur la paroi postérieure du vagin et faisant saillie entre les petites lèvres. Paroi rectale indurée et friable. Utérus intact. Pas de ganglions inguinaux ni de ganglions pelviens appréciables à la palpation.

Extirpation. 20 jours après, hémorragie, fistule vagino-rectale.

Diagnostic : Tumeur encéphaloïde de la paroi recto-vaginale.

13. Cruveilhier. *Bulletin de la société anatomique* 1827.

a) Varices des veines des ligaments ronds simulant des hernies inguinales graisseuses ou épiplôiques. Cancer de la moitié inférieure de la paroi antérieure du vagin, avec communication dans la vessie par une large perte de substance. Intégrité de l'utérus.

b) L. M. 59 ans. Une grossesse. Pertes blanches depuis 18 mois, pas d'hémorragies, peu de douleurs. Issue des matières fécales par la vulve. Mort rapide (Hoquets, vomissements, douleurs abdominales, algidité). Autopsie : vagin et rectum confondus en un foyer à parois sphacélées ; aux limites de la gangrène, on trouve un peu de tissu cancéreux.

Artère iliaque interne enflammée.

14. Delévielhéuse. *Inaug. dissert.* Strassbourg 1897.

Femme de 52 ans, un accouchement. Ménopause depuis un an. Prolapsus utérin, hémorragies.

Sur toute la longueur de la paroi postérieure, fissure à bords durs, surélevés, à fond irrégulier et fongueux. *Biopsie* : cancroïde du vagin, pénétrant jusqu'à la tunique musculaire.

Extirpation du vagin et de l'utérus, dont la lèvre antérieure est envahie. Pas de récédive au bout de dix mois.

15. Demay. *In Thèse F. Bernard.* Paris, 1895.

L... 42 ans. Hémorragies depuis cinq ou six mois, à la suite de l'introduction de la canule destinée aux injections. Pas de douleurs. Sur la paroi postérieure du vagin à 2 cm. de la fourchette, masse molle, saignante, séparée du col par un pont de tissu sain. Utérus mobile, annexes saines, rectum non envahi et mobile.

Curettage des fongosités, cautérisation ; mort par septicémie à la suite d'un adéno-phlegmon de l'aine.

Ex. histologique : Epithélioma papillaire du vagin à forme encéphaloïde (Latteux).

16. Dennetières. *Journal des Sciences médicales de Lille.* 21 mars 1890, p. 278.

M. R... 43 ans. Depuis cinq mois, douleurs lancinantes dans la région recto-vaginale, difficultés de la défécation. Hémorragies

vaginales spontanées, eaux rousses peu abondantes et ayant peu d'odeur. Menstruation normale. Pas de troubles de la miction. Paroi recto-vaginale épaissie, tomenteuse, saignant facilement et présentant une petite ulcération.

Utérus mobile et sain. Toucher rectal révèle les mêmes indurations, qui remontent à 7 cm. de l'anus, fistule recto-vaginale.

Opération palliative au thermo-cautère.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux lobulé. Mort 3 jours après l'opération (accidents péritonéaux). Autopsie : péritonite purulente, perforation du cul-de-sac de Douglas, pas de généralisation.

17. Dührssen. Cité par Labusquière. *Ann. de gynéc. et d'Obstétr.*, 1893, p. 213.

Femme de 50 ans, multipare. Depuis six mois, hémorragies abondantes et douleurs. Amaigrissement, état général mauvais. Infiltration cancéreuse de la paroi postérieure du vagin, s'étendant sur les parois latérales et dans le cul-de-sac gauche et antérieur. Ulcération bourgeonnante et saignant facilement. Adhérences du rectum. Col utérin envahi. Utérus rétro-versé et fixé. Extirpation du néoplasme vaginal par deux incisions l'une vagino-périnéale, l'autre vaginale. Amputation haute du col. Guérison au bout d'un mois et demi.

18. Friedl. *Wien. Klin. Wochenschr.* 1896.

a) A. Sch..., 50 ans, nullipare. Hémorragies depuis trois semaines. Douleurs abdominales et sacrées, pesanteur au niveau du rectum. Tumeur de 4 cm. 5 de long sur 3 cm. de large, ovoïde, bosselée, exulcérée et saignante, sur la paroi vaginale postérieure à trois centimètres de l'orifice vulvaire. Muqueuse rectale mobile. Utérus et annexes intacts.

Extirpation par les méthodes combinées d'Olshausen et de Dührssen. Sutures, réunion par première intention. Guérison.

b) K... 38 ans. 6 accouchements. Douleurs lombo-abdominales depuis 18 mois. Induration des ganglions inguinaux. Dans le cul-de-sac latéral gauche, ulcération cratériforme, saignant au contact; col envahi. Ligament large induré. Rectum souple. Opération par la méthode de Dührssen.

19. Gebhard. *loc. cit.*

Jeune fille de 28 ans. Cancer très étendu des parois vaginales antérieure et postérieure. Les premiers symptômes, douleurs cruciales et hémorragies, étaient apparus trois ans avant la constatation des tumeurs.

20. Gill. *Lancet*. London, 1901.

Femme de 30 ans. Pertes blanches colorées de sang. Hémorragies après le coït. Tumeur vaginale du volume d'une noix formant chou-fleur. Rectum mobile, pas infiltré. Utérus sain. Ganglions inguinaux.

Ablation par incision circulaire. Extirpation des ganglions. Récidive au bout d'un mois : excroissances verruqueuses du volume d'une orange, rendant la miction difficile ; envahissement large du rectum. Nodules sous la peau de l'abdomen.

Diagnostic : Cancer de la paroi postérieure du vagin.

21. Hermann. *The Lancet*, 2 octobre 1886, p. 627.

M. S... 41 ans. Onze enfants, 2 fausses couches. Douleurs abdominales ; hémorragies, pertes blanches, douleurs à la miction. *Rétention d'urine*. Hypertrophie des ganglions inguinaux. Tumeur ulcérée siégeant sur la paroi vaginale antérieure et envahissant le méat urinaire.

Nouvelle crise de rétention d'urine. Ulcération des ganglions inguinaux. Mort. Autopsie : Le cancer vaginal a envahi la paroi postérieure de la vessie. Noyaux secondaires dans l'ovaire droit et le foie. Urèthre droit distendu. Hydronéphrose. Utérus sain.

22. Herzfeld. *Centr. für gynæk*, 1883.

F. A..., 40 ans, 6 grossesses. Depuis un an pertes blanches abondantes, sanguinolentes après le coït. Fréquence des mictions ; douleurs au niveau de la vessie et du rectum. Cancer en plaque envahissant la moitié supérieure de la paroi vaginale postérieure et la lèvre postérieure du col.

Extirpation sacrée de l'utérus et de la moitié supérieure du vagin, Guérison.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux.

23. Houzel. *Bulletin de la société anatomique*, 23 mai 1890, p. 258.

M. D... 34 ans. Six accouchements et une fausse couche. Début par une ulcération de la partie externe de la portion vaginale du col. Douleurs, leucorrhée fétide, hémorragies. Grossesse évoluant. Tumeur de la grosseur d'une amande, à siège sous-urétral, mobile sur le canal. Ablation de ce noyau et hystérectomie.

24. F. Jayle. *in Thèse Bernard*.

a) A. C... 72 ans. Cachectique. Grosses masses ganglionnaires dans les deux aines, ulcérées à gauche.

Sur paroi vaginale droite, plaque indurée, saignante, large comme une pièce de 2 francs. Albumine dans les urines. Mort. Autopsie ; pas de métastases.

b) B... 45 ans. Tumeur d'apparence inflammatoire dans l'aîne gauche, remontant dans la fosse iliaque et empêchant les mouvements spontanés de la cuisse. Plaque indurée, saillante, irrégulière sur la paroi latérale gauche du vagin. Aucune perte.

25. L. Kessler. *St-Petersbourg méd. Wochenschrift*, 1898.

R... 65 ans. Pertes fétides et irritantes depuis 3 ans. Hémorragies, pas de douleurs. Sur la paroi postérieure du vagin, à un centimètre au-dessous du col, plaque de trois centimètres de diamètre dure, proéminente. Infiltration identique de la paroi antérieure. Hémorragies au moindre contact. Envahissement de la lèvre postérieure du col utérin.

Extirpation du vagin et de l'utérus (Méthode d'Olshausen).

26 Krœnig. *Arch. für Gynæk*, Berlin 1901.

Femme de 34 ans ; deux accouchements. Douleurs abdominales, hémorragies abondantes. Tumeur mobile à surface fongueuse, saignante, du volume d'un thaler, dans la partie moyenne du cul-de-sac postérieur. Utérus sain, pas de ganglions.

Extirpation de l'utérus et d'une partie du vagin.

Diagnostic histologique : Epithélioma primitif.

Récidive ; mort 4 mois et 2 semaines après l'opération. Autopsie : noyaux secondaires dans l'utérus, le foie, les ganglions, le péritoine et le tissu cellulaire pelvien.

27 Kutsner. *Arch. für Gynæk*, 1876, Bd. IX p. 279.

a) B... 32 ans, Multipare. Hémorragies, douleurs abdominales, constipation. Grossesse de 4 mois. Tumeur fissurée de la paroi vaginale postérieure, empiétant sur le museau de tanche. Au 7^e mois de la grossesse, accouchement d'un fœtus mort. Etat cachectique rapide et extension de la tumeur à toute la paroi postérieure et au museau de tanche. Diagnostic : cancer du vagin.

b) Femme de 34 ans, 2 fausses couches. Depuis la dernière, pertes de sang continuelles. Douleurs au moment des selles et du coït. Le vagin est couvert de bosselures, qui ont envahi le col utérin gravide. Curettage des fongosités vaginales ; accouchement provoqué. Mort 8 jours après (septico-pyohémie).

Autopsie : péritonite purulente, abcès métastasiques dans les poumons.

28 Lauenstein. *Cité par Krœnig. Archiv. für Gynæk*, 1901, LXII.

Femme de 48 ans. Cancer de la paroi postérieure s'étendant depuis l'orifice vaginal au cul-de-sac postérieur, sans propagation à l'utérus et au paramètre. Extirpation par le procédé d'Olshausen.

Au bout de trois ans, récidive au niveau du col utérin. Ablation totale de l'utérus et du vagin. Guérison, pas de récidive après trois nouvelles années.

29 M. Laurent. *Société belge d'anatomie pathologique*. 22 avril, 1898.

Femme de 28 ans. Dysurie et fréquents cathétérismes. Tumeur s'étendant du méat urinaire jusque près du cul-de-sac antérieur. Pas d'engorgements ganglionnaires. Ablation complète de la tumeur y compris la moitié inférieure du canal de l'urèthre.

Examen microscopique : Epithélioma primitif du vagin.

30. Lisfranc. *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, t. II.

Tumeur, molle friable, sanguinolente, du volume d'une petite noix, sur la paroi postérieure du vagin, à 12 cm de la vulve. Hémorragies, douleurs lancinantes. Excision. Guérison.

31. Maly. *Centralblatt für Gynækol.*, 1903, n° 27, p. 828.

Femme de 67 ans, portant depuis 39 ans un pessaire rarement nettoyé, pour prolapsus utérin survenu à la suite d'un accouchement.

Depuis huit mois, hémorragies, écoulements et douleurs. Ulcération s'étendant de la petite lèvre droite, jusqu'au milieu de la paroi antérieure du vagin, donnant la sensation d'une gouttière, dont le trajet et la forme correspondent exactement à l'empreinte du pessaire. Le reste de la muqueuse vaginale est intacte.

Diagnostic histologique : Carcinome primitif du vagin.

32. Mariani. *Gazetta degli ospedali*, 1899.

Femme de 65 ans. 4 enfants. Démangeaisons vaginales, hémorragies et pertes fétides. Amaigrissement, anorexie. Tumeur, ovalaire, de la grandeur d'une pièce de 5 lires, située sur la paroi vaginale postérieure, indolore, dure et mobile sur le rectum. Pas de ganglions iliaques et cruraux.

Excision. Hémorragie en nappe. Tamponnement. Guérison.

33. A. Martin. *Berliner Klinische Wochenschrift*, octobre 1898.

Femme de 61 ans. Un enfant. Amaigrissement, douleurs au niveau de la vessie, hémorragies vaginales.

Néoplasme infiltrant la paroi postéro-latérale droite du vagin, mobile sur le rectum. Utérus atrophié. Pas de ganglions.

Extirpation totale de l'utérus et du vagin. Guérison opératoire au vingtième jour.

34. Menzel. *Centrabl. f. Gyn.*, 1885.

S..., 66 ans; 6 accouchements. Ecoulement vaginal strié de

sang. Douleurs à la défécation. Tumeur des dimensions d'un thaler, sur la paroi postérieure du vagin. Col de l'utérus envahi. Ablation du néoplasme et excision de la lèvre postérieure du col. Pas de récidive au bout de deux ans.

35. A Meyer. *Zeitschr. f. Geburt, und Gynæk.*, 1891, p. 179.

Femme de 60 ans. Prolapsus. Pessaire de Hodge gardé pendant un an et demi, sans être enlevé. Hémorragies. Erosions de la paroi postérieure du vagin et de la lèvre postérieure du col, juste au niveau du point d'application du pessaire. On retire le pessaire, les ulcérations guérissent. Réapplication de l'anneau. Quelques mois plus tard, nouvelles érosions, reposant sur une infiltration diffuse profonde.

Examen histologique : Tumeur maligne. Opération.

36. Nélaton. *Gazette des hôpitaux*. 1850.

Célibataire de 40 ans. — Douleurs pelviennes. Pertes sanguines. Tumeur dure, en plaque de 7 cm. de long sur 5 cm. de large, siégeant sur la paroi latérale droite du vagin, limitée par un bord taillé à pic, renversé en dehors. Utérus sain. Excision sans réunion. Guérison.

37. James Oliver. *The Lancet*. 4 août 1894, p. 257.

a) Femme de 62 ans, un enfant. Petites hémorragies depuis l'établissement de la ménopause. Grosses masses ganglionnaires indolores dans les deux aînes. Du côté gauche, ulcération de la peau. Sur la paroi antérieure du vagin, tumeur énorme qui empêche le toucher. Aucune douleur, pas de troubles de la vessie ni du rectum. La malade a deux sœurs, l'une opérée de cancer du sein, l'autre morte d'un cancer du foie.

b) Femme de 53 ans; un enfant. Gros ganglions inguinaux des deux côtés, apparus en cinq mois. La paroi antérieure du vagin est infiltrée par une tumeur diagnostiquée épithélioma.

38. Olshausen. *Centralblatt für Gynækologie*. Janvier 1895.

a) M^{me} V..., 28 ans. Un accouchement. Tumeur occupant presque toute la paroi vaginale postérieure. Un noyau de 3 cm. sur la paroi antérieure. Utérus normal. Rectum glisse sur la tumeur.

Ablation (périnéotomie). Excision de la tumeur antérieure. Récidive 8 mois plus tard. Mort 13 mois après l'opération.

b) Femme de 47 ans, 4 accouchements. Carcinome des parois postérieure et latérales du vagin, respectant le tiers inférieur du conduit, mais envahissant le col.

Périnéotomie : dédoublement de la cloison recto-vaginale.

Extirpation de l'utérus et de la paroi postérieure du vagin.

39. Pchelin. *Vrach. Saint-Petersbourg*, 1890.

a) A. L..., 69 ans. 3 accouchements. Depuis 3 mois, hémorragies, douleurs lombo-abdominales, écoulements grisâtres, fétides. Tumeur du volume d'un petit œuf, saillant entre les grandes lèvres, implantée sur la paroi antérieure du vagin prolabé. Vessie non envahie. Excision. Guérison.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux, kératinisé.

b) M. G..., 69 ans. 8 accouchements. Depuis 4 mois, douleurs abdominales et sacrées, constipation. Utérus et vagin prolabés. Ulcérations profondes sur la partie gauche de la muqueuse vaginale. Ecoulements fétides, douleurs, incontinence d'urine. Mort. Autopsie : pelvi-péritonite purulente. Hydronéphrose double. Pneumonie.

Examen histologique : Cancer épithélial.

40. Péan *Leçons de clinique chirurgicale*.

a) Femme de 63 ans. Début il y a un an par prurit vulvaire, pertes blanches ; puis constipation, douleurs à la défécation. Ulcération épithéliomateuse, ayant envahi la fourchette et la cloison. Muqueuse rectale saine.

Extirpation par section de la tumeur et dissection de chaque moitié. Guérison.

b) J. M... 56 ans. 2 accouchements. Ménopause à 49 ans. Depuis 18 mois, leucorrhée, metrorragies, diarrhée, état cachectique. Tumeur dure, bosselée, ulcérée sur la paroi postérieure du vagin. Ichor fétide, pas de douleurs.

Ablation avec le couteau galvano-caustique. Mort (péritonite).

Ex. microscopique : Carcinome en dégénérescence colloïde.

Autopsie, pas de métastases viscérales.

c) J. R... 47 ans, 3 enfants. Depuis 3 mois, amaigrissement, douleurs lombaires et sciatique. Ecoulements jaunâtres ou sanguinolents, fétides. Miction très douloureuse.

Cancer généralisé du vagin. Utérus intact ; ganglions inguinaux. Pas d'opération.

41. Peters. *Centralblatt f. Gynækologie*. Leipzig, 1896, p. 177.

Femme de 35 ans, trois accouchements. Pertes blanches. Tumeur des dimensions d'une pièce de 5 francs, occupant le tiers supérieur de la paroi postérieure du vagin, à surface friable et fongueuse, mobile. Erosions sur les lèvres du col.

Extirpation (procédé de Dührssen). Amputation du col. Guérison, pas de récurrence après 7 mois.

42. Pichevin. *Semaine gynécologique*, 23 août 1904, p. 265.

Femme de 53 ans. Se plaint de pertes blanches. Au niveau du cul-de-sac postérieur manquant de souplesse, existe une plaque irrégulière en saillie, blanchâtre, nacrée, d'aspect leucoplasique, entourée de taches plus petites. L'ongle y détermine un saignement. Au bout de quelques temps, épaissement de la plaque, qui se couvre lentement de végétations discrètes. Rétrécissement scléreux de la partie supérieure du vagin. Ces lésions mirent dix années à évoluer. Col atteint à la longue. Exulcération, hémorragies et écoulements peu odorants. Constipation, miction fréquente et douloureuse.

Examen microscopique : Epithélioma du vagin, développé sur une plaque leucoplasique.

Traitement : injections vaginales, jamais de cautérisation.

43. H. Pinna Pintor. *Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, 1900, n° 5.

Nullipare de 53 ans. Ménopause à 48 ans. Depuis 5 mois, sensation de brûlure du côté des voies génitales, légères pertes sanguinolentes, légères pertes sanguines. Sur la paroi vaginale antérieure végétation aplatie, large comme une pièce de deux centimes, rosée, fongueuse, friable et saignant facilement. Utérus en involution sénile. Pas de ganglions. Excision et suture. Guérison.

Examen histologique : Epithélioma cylindrique primitif.

44. F. Porter. Primary epithélioma of the anterior vaginal wall. *Medical News*, 24 décembre 1887, p. 361.

M. P. . . âgée de 58 ans ; 4 enfants. Réglée à 17 ans, ménopause à 40 ans. Hémorragies et apparition d'une tumeur au niveau des parties génitales externes. Difficultés de la miction et pertes fétides ; pas de ganglions. Fièvre. Tumeur ayant envahi les deux tiers inférieurs de la paroi vaginale antérieure. Utérus petit, col entr'ouvert.

Ablation de la tumeur, sans lésions de l'urèthre et de la vessie, des petites lèvres, d'une partie des grandes lèvres et du clitoris. Guérison opératoire en un mois.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux.

45. Pozzi. *Société de chirurgie*, 19 décembre 1894.

X. . . 43 ans. Mère morte d'un cancer utérin ; père a succombé à un cancer de l'estomac.

Écoulement roussâtre et fétide, puis rouge brun. Douleurs dans les lombes et les cuisses. Tumeur du volume d'une mandarine, implantée sur la paroi postérieure du vagin, séparée du col par

muqueuse saine. Pas de ganglions. Ablation par périnéotomie avec dédoublement de la cloison. Périnéorrhaphie.

Examen microscopique (Latteux) : épithélioma pavimenteux lobulé. Au bout de deux mois, nodule dans la partie supérieure du vagin ; il s'agit peut-être d'une récidive ?

46. Rohde Hermann. *Inaug. Dissert. Halle*. 1897.

E. D. . . 37 ans. 4 accouchements. Douleurs abdominales, leucorrhée abondante, hémorragies continues.

Tumeur à surface bosselée, des dimensions d'une pièce de 5 marks, dans le cul-de-sac postérieur. Utérus fixé. Rectum sain, mobile. Annexes gauches forment une tumeur de la grosseur d'un œuf, (ovaro-salpingite). Extirpation partielle du vagin. Hystérectomie vaginale.

Diagnostic histologique : Cancroïde ; (épithélioma tubulé).

47 Ruter. *Centralbl. für Gynæk.* 1887.

H. . . 36 ans, 3 accouchements. Depuis quelques semaines, douleurs à la défécation, hémorragies vaginales.

Infiltration de la paroi vaginale postérieure, depuis 3 cm. en arrière de la vulve jusqu'à quelques centimètres du cul-de-sac postérieur. Col indemne.

Diagnostic microscopique : Cancer épithélial.

Excision ; 3 ans après pas de récidive ; grossesse et accouchement à terme.

48. Savariaud. *In Thèse Bernard*.

a) Femme de 55 ans. Tumeur circulaire de la partie moyenne du vagin, ayant déterminé un rétrécissement. Adhérences au rectum et à la vessie. Douleurs, écoulements fétides, hémorragies.

Curettage des fongosités. Arrêt des pertes sanguines.

b) E. A. . . 50 ans. Ecoulement vaginal, douleurs en urinant. Tumeur développée à l'entrée du vagin et à siège sous-urétral, sécrétant un pus très fétide.

Gros fibrome utérin. L'urètre est dévié à droite, rétréci, (il admet une sonde en gomme de 1 mm. à peine). Pas d'opération.

49. M. Schauta. *Société d'obstétr. et de gynécol. de Vienne*, 28 avril 1903.

Epithélioma étendu à toute la paroi postérieure du vagin avec infiltration de la cloison recto-vaginale. Extirpation du vagin et de l'utérus (méthode d'Olshausen).

50. Schmidt. *Centralbl. für gynæk.* 1892, p. 36.

Cancer du vagin, consécutif à l'application d'un pessaire resté

15 mois en place, et siégeant sur la paroi vaginale postérieure.

Ex. histologique : Tumeur maligne.

Extirpation de la tumeur. Amputation du col. Colporraphie vaginale. Un mois après récidive au fond du vagin. Excision et cure d'une fistule vésico-vaginale.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux tubulé.

51. Schmidt. *Wiener Klin. Woch.* 31 octobre 1901.

Femme de 36 ans. Trois mois après l'expulsion d'une môle, nodules vaginaux. Utérus sain.

Extirpation. Guérison. Pas de récidive 18 mois plus tard.

Examen microscopique : Epithélioma.

Ne s'agirait-il pas ici d'un chorio-épithéliome ??

52. G. Schwarz. *Ueber die Erfolge der Radicaloperation der vulva und vagina carcinome.* Berlin, 1893

Malade se plaignant d'écoulements aqueux et hémorragiques depuis deux mois. Tumeur inégale, friable, du volume d'un œuf de pigeon sur la paroi postérieure du vagin. Ganglions sensibles. Extirpation du néoplasme et des ganglions inguinaux du côté droit, (ils ne sont pas cancéreux). Pas de récidive après 2 ans et 4 mois.

53. G. Schwarz. *In thèse Bernard.* Paris 1895.

Femme de 75 ans. Pessaire depuis 12 ans. Écoulements fétides, hémorragies. Tumeur inégale, saignante, du diamètre d'un mark, sur la paroi postérieure du vagin.

Examen histologique : Cancroïde.

Extirpation (Olshausen). Peu après, hémorragies profuses, ascite, œdème des jambes. Mort.

54. A. Sippel. *Centralbl. für Gynækologie*, 27 janv. 1900, n° 4.

Femme de 64 ans, présentant une infiltration épithéliomateuse à peu près totale du vagin, qui était transformé en un cylindre rigide, dur, épais, mais bien mobile au milieu des tissus environnants. Le toucher rectal permettait de sentir que l'utérus petit faisait corps avec la partie supérieure du cylindre vaginal et que les ligaments larges étaient libres. La muqueuse vaginale ulcérée donnait lieu à une sécrétion ichoreuse fétide.

Extirpation totale et simultanée du vagin et de l'utérus. Guérison.

55. Solovieff. *Medic. obozr. Mosk.* 1900, LIV, p. 446.

Tumeur ulcérée occupant toute la paroi postérieure du vagin et la portion vaginale du col (lèvre postérieure). Rectum sain.

Extirpation (procédé d'Olshausen).

Examen histologique : Epithélioma.

56. Stumpf. *Munchen med. Wochenschrift*, 1890.

Femme de 32 ans, un accouchement. Depuis quelques mois, hémorragies et douleurs profondes. Ulcération à bords infiltrés et durs sur la paroi postérieure du vagin. Adhérence au rectum dont la muqueuse est saine. Utérus normal!

Grattage à la curette. Cautérisation au thermo-cautère. Mort 10 mois après.

Examen histologique : Epithélioma à cellules pavimenteuses.

57 Teuffel. *Centralbl. für Gynæk*, 1885.

Femme de 32 ans, 2 accouchements, une fausse couche. Hémorragies vaginales depuis 4 semaines. Tumeur de la grosseur d'une noix, sur la paroi postérieure du vagin, à 4 cm. au-dessous du cul-de-sac.

Excision ; 5 mois après récurrence. Ablation.

Examen microscopique : Carcinome médullaire.

58. Trutzi. *Annali di Ostetrica e Gynécol.*, 1899.

M. E. . . 26 ans, treize grossesses dont trois avortements. Mère morte d'un cancer utérin.

Douleurs lombaires, écoulements blanchâtres qui deviennent sanguinolents après le coït. Néoplasie en plaque végétante, saignante, intéressant la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin. Utérus et annexes sains. Rectum respecté.

Colpohystérectomie par le procédé Martin.

Diagnostic : épithélioma primitif du vagin.

59. Veit. *Centralb. f. Gynæk.*, 1892, p. 316.

Observation d'un cancer annulaire du vagin, développé à la suite de cautérisations au chlorure de zinc.

60. Würst. *Inaug. Dissert. Tübingen*. 1900.

H. W. . . , 41 ans. 6 grossesses normales et 5 fausses couches. Hémorragies, pertes à odeur fétide. Grossesse de 7 mois. Tumeur, large comme une paume de main, molle, friable, saignante, siégeant sur la paroi postérieure du vagin, à 4 cm. au-dessus de l'insertion de l'hymen. Adhérence au rectum. Col dur au toucher. Accouchement spontané. Extirpation de la tumeur au thermo-cautère ; hystérectomie vaginale.

Récurrence et mort deux mois après.

Diagnostic : Epithélioma.

60. Zizold. *Munch. med. Wochenschrift.*, 1897, p. 89, 110.

Femme de 47 ans; à 44 ans, accouchement (forceps). Prolapsus vaginal-utérin, ulcération et hémorragies. Tumeur ulcérée de la paroi

vaginale, au-dessus de la lèvre antérieure du col. Ablation au thermo-cautère, réduction du prolapsus, périnéorrhaphie. Récidive 4 mois après ; grande ulcération dans le cul-de-sac droit ; envahissement du col de l'utérus et du tissu cellulaire pelvien. Grattage et cautérisation. Hémorragies et douleurs irradiées dans les lombes et les aînes.

Examen microscopique : épithélioma pavimenteux.

V.-- CHORIO-ÉPITHÉLIOMES PRIMITIFS.

1. Bûrdzinski. *Société d'obstét. et gynécol. de St-Petersbourg.* 17 avril 1903.

Femme de 27 ans, enceinte pour la sixième fois. Au 5^e mois de la grossesse, pertes de sang, ayant duré cinq jours. L'utérus est à la hauteur de l'ombilic, mais pas de signes de la présence d'un fœtus. Tumeur de la paroi antérieure du vagin, développée au-dessous de l'urèthre, molle, indolore, bleuâtre, saignant et ayant l'aspect d'un paquet variqueux rompu. Accouchement d'une môle vésiculaire pesant 900 gr. Six semaines après, règles normales, mais au bout de seize jours nouvelles hémorragies. Curettage explorateur négatif. Ablation de la tumeur.

Examen microscopique : chorio-épithéliome du vagin.

2. Busse. *Virchow's archiv.* 1903, t. 174, H. 2.

Femme de 30 ans ; 7 accouchements, le dernier le 8 août 1901. Six ans auparavant, expulsion d'une môle. Hémorragies. Sur la paroi vaginale postérieure, tumeur grosse comme un œuf, bleu foncé. Sur la paroi droite du vagin, masse fluctuante du volume d'un œuf de cane.

La paroi vaginale antérieure est en prolapsus et présente de nombreuses varices. Utérus normal, antéfléchi. Hémorragies vaginales le 10 août. Le 11 août, dyspnée, signes d'œdème pulmonaire. Mort. Autopsie : nombreux noyaux violacés, du volume d'un pois dans le poumon gauche.

Examen microscopique : *Noyaux pulmonaires* : Au centre, caillot de sang frais et ancien et débris cellulaires. A la périphérie, tissu néoplasique bien conservé, formé de cellules polyédriques claires et de grandes masses protoplasmiques en rubans à noyaux multiples et renfermant des lacunes vides ou remplies de corpuscules sanguins.

Dans les *tumeurs vaginales*, la dégénérescence semble plus avancée, mais la structure identique.

3. H. Hübl. *Centralb. für Gynæk*, 1902, n° 48, p. 1340.

Femme de 36 ans, 4 accouchements et un avortement. Le 28 juin 1900, extraction d'une môle. Décembre 1901, expulsion d'un enfant macéré de 2200 gr. Sept semaines après, hémorragie abondante. Au niveau du tiers inférieur de la paroi vaginale postérieure, tumeur grosse comme une noix, ulcérée, avec caillots noirâtres, mobiles et de consistance molle ; utérus et annexes normaux. (Curettement : muqueuse normale).

Excision : 14 février 1902. Sutures.

Examen de la tumeur : à la coupe, masse néoplasique gris blanc, englobée dans les caillots sanguins.

Ex. histologique : Chorio-épithéliome. Cellules syncytiales et cellules de Langhans, situées souvent dans les vaisseaux. Récidive 20 jours après l'opération. Une tumeur analogue à la masse primitive s'est reproduite in situ, plusieurs autres plus petites sont disséminées, deux sont situées au voisinage de l'urèthre et de la vessie. Dix jours plus tard le vagin est bourré de masses néoplasiques.

Persistance d'hémorragies. Points de côté, expectoration sanglante, affaiblissement des bruits respiratoires, (examen microscopiques des crachats, négatif).

Accroissement rapide des tumeurs vaginales, abondantes hémorragies. Mort le 8 avril 1902, 2 mois et demi après les premiers symptômes, 4 mois après l'accouchement et 7 semaines après l'intervention.

Autopsie : Métastases dans le poumon gauche, le foie, la vessie, l'ovaire gauche.

Diagnostic histologique : Chorio-épithéliome malin.

4. Langhans. *Hegars Beiträge zur Geburtsh. u. Gyn.* 1901, Bd. 5.

Femme de 29 ans ; un accouchement normal. Trois mois après hémorragies profuses. Cinq mois et demi post partum, tumeur vaginale. Excision. Récidive, douleurs et hémorragies. Utérus un peu augmenté de volume ; curettage ramenant des débris abondants. La nouvelle tumeur s'ulcère et se désagrège. Extirpation et curettage utérin ; pas de récurrence, un an après.

Examen histologique : Syncytium, dérivés de la couche cellulaire. Dans les débris du premier curettage, quelques villosités nécrosées et des cellules syncytiales. Dans les débris du deuxième curettage, pas de signes de chorio-épithéliome.

5. Lindfors *Centr. für Gynæk.* 1901, n° 19, p. 501.

M. M..., 22 ans, deux accouchements normaux. Un mois après

le dernier, tumeur du volume d'une cerise, insérée par un court pédicule sur la ligne médiane de la paroi antérieure du vagin. Un mois plus tard, elle a atteint le volume d'une noix, à centre ulcéré et de coloration bleu rouge. Utérus et annexes normaux.

Extirpation, 2 mois après l'accouchement. Curettage utérin négatif.

Examen histologique : Syncytium, cellules polygonales, cellules syncytiales migratrices.

Sept mois après l'opération, pleurésie gauche, état général mauvais, mouvements incoordonnés de l'œil droit, dilatation pupillaire. Mort. Autopsie : tumeur à centre caverneux avec contenu hémorragique, dans le poumon gauche. Métastases dans le poumon droit, la rate, le cerveau, le foie, les deux reins et l'intestin grêle. L'examen microscopique des métastases montre la structure typique du chorio-épithéliome malin.

6. Mauté et Duplay. *Tribune médicale* 17 décembre 1904, et *Thèse Duplay*. Paris, 1905.

Femme de 24 ans. Accouchement normal il y a 3 ans ; bien réglée depuis. Le 27 janvier 1904, avortement, hémorragies et écoulements jaunâtres et fétides, hémoptysies légères, douleurs abdominales, rapports sexuels et défécation très pénibles, sensation de tumeur saillant à la vulve.

Amaigrissement, pâleur, essoufflements.

Tumeur grosse comme un œuf de poule, bosselée, rouge bleuâtre, ulcérée, saignant très faiblement, implantée par un large pédicule sur la paroi antérieure du vagin et faisant saillie hors de l'orifice vulvaire. Utérus gros, mais libre.

1^{er} mars : *Opération* (M. Tuffier). Ablation facile, sauf au niveau de la cloison vésico-vaginale qui est réséquée sur une longueur de 6 centimètres. Les jours suivants, fièvre, douleurs abdominales, expulsion de débris choriaux normaux. Guérison, en avril : utérus normal, règles régulières, pas d'incontinence d'urine.

Examen histologique : Villosités formées de cellules claires, arrondies ou polyédriques, à noyau unique et s'infiltrant à la périphérie de la tumeur, dans la muqueuse du vagin. Lacunes pleines de sang ou d'amas fibrineux et subdivisées par des amas de cellules claires ou par des masses syncytiales à noyaux multiples. La tumeur est partout le siège d'une diapédèse très active.

7. Moltrecht. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1803, Bd. 17. H. 4.

4 mois après un avortement, hémorragies. Tumeur du volume d'une petite pomme dans la paroi vaginale postérieure. Utérus normal.

° Ablation d'utérus, annexes et vagin. L'utérus était complètement indemne.

Diagnostic histologique : Chorio-épithéliome typique.

8. Peters. *Centr. f. Gyn.*, 1902, n° 21. p. 649 et n° 22. p. 769.

Malade de 30 ans. Un accouchement normal, il y a 8 ans. En mars 1900, avortement molaire. Hémorragies, jusqu'en juillet 1901. Au niveau du tiers inférieur de la paroi vaginale postérieure tumeur molle, bleuâtre, du volume d'une grosse noix, présentant une petite ulcération par laquelle fait saillie un caillot. Utérus et annexes normaux ; curettage et examen microscopique : muqueuse utérine, normale

Extirpation de la tumeur vaginale. Sutures. Le 20 octobre 1901 récidive ; tumeur grosse comme un œuf de pigeon, molle et lobulée. 2 jours plus tard, perte de connaissance, dyspnée, cyanose et paralysie du bras droit. Mort le 23 novembre.

Examen histologique : Masses syncytiales, cellules de Langhans. Chorio-épithéliome primaire du vagin, avec embolies métastasiantes dans le cerveau et les poumons.

9. Pick-Landau. *Berliner Klin. Wochenschrift*. 1897.

Femme de 22 ans, primipare ; au 4^e mois de la grossesse, hémorragie abondante. Tumeur polypeuse de la grosseur d'une noix, analogue à un hématome ou à un nodule variqueux avec nécrose limitée de la muqueuse, et siégeant sur paroi vaginale antérieure. Excision — 3 jours après. expulsion d'une môle. Un an plus tard, accouchement normal ; 4 ans et demi après l'opération, aucune récidive.

Examen histologique de la tumeur vaginale : Villosités avec endochorion mal nourri, hyalin ; l'exochorion a disparu ; proliférations syncytiales et syncytium libre dans la fibrine et les caillots.

10. Schlagenhauer. *Wiener Klin. Wochenschr.* 1899, n° 18.

Femme de 38 ans, 5 grossesses. Métrorragies persistant depuis 3 mois, époque d'un avortement incomplet. Lavages intra-utérins, élimination de débris ovulaires, guérison. Neuf mois et demi après hémorragies vaginales. Tumeur en arrière de la commissure vaginale postérieure, diagnostiquée varice du vagin. Extirpation. Pas de récidive après 21 mois. Examen de la tumeur : Elle est du volume d'une noix, de couleur noir-rougeâtre et paraît à la coupe n'être formée que de sang. A un premier *examen histologique* on ne trouve que du sang et de la fibrine, avec quelques grosses cellules à noyau foncé. Des coupes faites plus tard montrent à côté de fibrine, globules rouges, leucocytes, des masses syncytiales et

des cellules claires, surtout abondantes à la périphérie de la tumeur.

11. Schmidt. *Centralbl. f. Gynæk.* 1900, n° 47.

Femme de 36 ans. Cinq accouchements normaux, 3 avortements. La dernière grossesse se termine par l'expulsion d'une môle ; hémorragies pendant six semaines — 4 mois après, apparition d'une tumeur sur la paroi antérieure et latérale du vagin. Pas de douleurs. Gêne de la miction et rétention d'urine.

Tumeur a le volume d'un œuf, sa coloration est rouge-bleu foncé, lisse, ferme, mobile, indolore ; elle est le siège d'une petite ulcération, dans laquelle on voit des caillots brun foncé. Sur la paroi postérieure du vagin, tumeur semblable, du volume d'une noisette simulant un thrombus. Utérus petit, mobile, sain. Annexes normales.

Excision des deux tumeurs ; curettage de l'utérus. Pas de récurrence au bout d'un an.

Examen microscopique : Sang traversé de nombreux filaments de fibrine, amas de leucocytes. Villosités vasculaires. Syncytium et cellules syncytiales migratrices.

Les débris curettés font porter le diagnostic d'endométrite interstitielle banale ; nulle part, on ne trouve d'éléments choriaux ou syncytiaux.

12. Schmidt. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1901. p. 1077.

Femme de 39 ans ; devient enceinte et avorte. Deux ans après deuxième grossesse et nouvel avortement ; hémorragies, curettage qui ramène des débris de chorion. L'hémorragie se reproduit la 8^e et la 9^e semaines. — Petit noyau vaginal, diagnostiqué épithélioma décidual siégeant à un travers de doigt du cul-de-sac utéro-vaginal, et présentant la grosseur d'une noisette ; au centre, petite ulcération à bords nets, d'aspect bleuâtre et violacé. — Utérus et annexes sains ; curettage et extirpation du noyau vaginal.

Examen histologique : Cellules déciduales et villosités choriales. Les débris curettés ne contiennent pas de tissu anormal.

13. Schmorl. *Centralb. F. Gynæk.* 1898 n° 40. p. 1217.

Femme de 38 ans ; 6 accouchements — 18 semaines après un accouchement normal, hémorragies répétées. Tumeur de la paroi vaginale. Excision ; récurrence rapide in situ. Mort un mois et demi après l'opération, 6 mois après l'accouchement. — Autopsie : Métastases dans le poumon, le foie les reins, l'intestin. — Intégrité de l'utérus et des annexes.

Examen microscopique (Marchand) : Syncytium, cellules ectodermiques claires dans la tumeur vaginale et les tumeurs secondaires

14. G. Schmauch. *Zeitschr f. Geb. u Gyn.* 1903, Bd. 49, p. 387.

F. Z. 25 ans ; 4 accouchements normaux, le dernier survenu le 21 août 1901. Trois semaines après, hémorragie ; déchirure de la paroi vaginale, diagnostiquée, varice rompue. Suture. Nouvelles hémorragies, ablation d'un nodule de la paroi vaginale. Récidive. Hémorragie, nouvelle opération 8 jours après et ainsi à quatre ou cinq reprises successives, interventions à cause d'hémorragies provenant d'une tumeur vaginale.

A l'examen, on voit en arrière de l'urèthre une place blessée, des dimensions d'un mark, d'où sort un sang fluide, brunâtre, d'une masse de caillots. Utérus intact.

L'intervention montra des masses néoplasiques brun-rouge, désagrégées, infiltrant la paroi vaginale et s'enfonçant dans le paramétrium. Curettage de la tumeur et cautérisations. Tamponnement. Mort rapide.

Autopsie : Métastases généralisées (rate, reins, foie, poumons, cerveau). Thrombose de la veine utéro-ovarienne droite. Utérus et annexes sains.

Examen histologique de la tumeur vaginale : Chorio-épithéliome malin.

15. Wehle. *Cent. für. Gynæk.* 1901, n° 52, p. 1428.

Femme de 36 ans. 6 accouchements, le dernier six mois avant l'examen. Pertes muco-sanguinolentes depuis cinq semaines. Sur la paroi postérieure du vagin, tumeur du volume d'une orange, molle, saignant au moindre contact. Ablation à la cuiller tranchante et au thermo-cautère. Les parois du vagin sont très friables et fragiles. Récidive dès le 10^e jour. Utérus sain.

Examen microscopique : Syncytiome typique.

16. Zagorjanski-Kissel. *Arch. für Gynæk.* 1902, Bd. 67, p. 326.

E. K. . . 20 ans. En octobre 1900, avortement avec métrorragies et douleurs. Curettage négatif. Le 9 novembre, anémie profonde. A la partie inférieure de la paroi gauche du vagin, 2 tumeurs du volume de haricots, dures, bleu-rouge, ayant l'aspect de varices. Muqueuse ulcérée. Utérus et annexes normaux.

Extirpation en tissu sain. Curettage utérin ne ramenant rien. Cessation des hémorragies vaginales. Quelques hémoptysies. — 15 mois et demi après, pas de récidive. En février 1902, grossesse de trois mois.

Diagnostic histologique : villosités choriales bien conservées, à revêtement double. Nodules de cellules de Langhans ; amas de cellules claires à un ou deux noyaux, présentant de fréquentes mi-

tosés et contenant du glycogène en abondance. Pas de figures de division dans les masses syncytiales ; à la périphérie de la tumeur, grosses cellules ayant les caractères du syncytium ou des cellules de Langhans pénétrant le tissu conjonctif et perforant les parois vasculaires. Les débris curettés de l'utérus et les crachats sanglants ne présentent rien d'anormal.

VI. — TÉRATOME.

Geyl. Un cas de *tératome* du vagin (Considérations sur l'origine des tumeurs dites dermoïdes ovariennes). *Volkm. Klin. Vortr.* n° 190.

Femme de 31 ans. Avortement il y a quelques années, fièvre et hémorragies pendant trois mois. Santé débile depuis cette époque. La menstruation est restée suspendue pendant un an, puis s'est montrée très irrégulière. Leucorrhée sanguinolente continue ; pas de douleurs. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur, tumeur solide de forme arrondie, irrégulière, qui paraît se continuer dans le col utérin ; mais on peut sentir que ce dernier en est nettement séparé par un sillon, qui n'est perçu qu'après avoir relevé le col qui est situé sur le côté antéro-supérieur de la masse néoplasique. Les mouvements de l'utérus sont limités. La cavité utérine longue de 5 cm. laisse écouler du muco-pus. La muqueuse de l'orifice externe est rouge et ulcérée, et l'ulcération semble s'étendre à la surface de la tumeur vaginale. Le reste de la masse est pâle, très dur et a l'aspect du tissu fibreux.

Examen macroscopique : Des points pseudo-fluctuants alternent avec des parties dures comme de la pierre, ressemblant à du tissu osseux.

Ex. microscopique : Après décalcification, on fait des coupes où l'on retrouve les éléments de la peau (réseau de Malpighi, stratum granulosum, couche cornée), des poils et des conduits glandulaires. Le tissu osseux est reconnaissable ; il n'y a pas de surface cartilagineuse.

Nous n'avons pas retrouvé d'observations analogues. Geyl, nous l'avons vu plus haut, en fait un tératome d'origine ovulaire.

CONCLUSIONS.

I. — Les tumeurs solides et primitives du vagin sont relativement très rares, surtout si on les compare aux productions analogues développées dans l'utérus. Utérus et vagin, véritables jumeaux embryonnaires, se différencient totalement, aussi bien au point de vue de leurs fonctions physiologiques, que de leurs réactions aux néoplasies, l'un se comportant à leur égard comme un véritable viscère, l'autre réagissant à l'égal de la peau.

II. — L'examen de leur histogénèse nous a montré que ces tumeurs se développent le plus ordinairement aux dépens des tissus normaux des parois vaginales, épithélium, couche cellulokonjonctive, fibres musculaires, endothélium lymphatique ou artériel, mais aussi qu'elles peuvent prendre leur origine dans des tissus embryonnaires, restes du canal de Wolff, canalicules du rein primitif, diverticules d'aspect glandulaire dérivés du canal de Gærtner, quelquefois peut-être aux dépens de glandes anormales aberrantes du corps utérin, du canal de l'urèthre ou des glandes vulvo-vaginales, ou encore trouveraient leur point de départ dans une paroi kystique ou dans une embolie des éléments syncytiaux des villosités placentaires.

III. — Les *lipomes* vaginaux sont extrêmement rares ; il existe trop peu d'observations pour qu'on puisse en faire une description d'ensemble.

Les *fibromyomes*, *fibromes* ou *myomes purs* constituent la production néoplasique la plus fréquemment observée dans le vagin. On les observe pendant la période d'activité génitale et surtout entre 30 et 40 ans. Ces tumeurs sont ordinairement isolées, siégeant de préférence sur la paroi antérieure,

sont sessiles ou pédiculées et affectent fréquemment une situation sous-urétrale.

Leur constitution histologique est identique à celle des fibromyomes utérins, fibres musculaires lisses et faisceaux conjonctifs, dont la répartition est variable : (fibromyomes, myomes et fibromes purs).

Ils ont peu d'effets sur la menstruation, la conception ou le cours de la grossesse, mais peuvent devenir une sérieuse cause de dystocie.

Leurs symptômes dépendent de leur volume, de leur situation, et relèvent surtout de la pression exercée sur les organes voisins. Ces tumeurs sont bénignes par elles-mêmes, mais elles peuvent subir diverses modifications qui leur impriment un caractère de gravité, transformation télangiectasique, gangrène, infection et dégénérescence sarcomateuse.

Les *sarcomes* du vagin se rencontrent chez les petites filles, comme chez les femmes adultes ou vieilles. Chez les premières, ils peuvent exister indépendamment de toute tumeur congénitale, ne se révèlent le plus souvent en clinique, que lorsque la tumeur commence à apparaître à l'extérieur et que l'enfant est inopérable, sous l'aspect d'une tumeur dite « en grappe de raisins », par des hémorragies et des phénomènes de rétention d'urine. La gravité en est extrême et la chirurgie ne peut que rarement intervenir utilement.

Les sarcomes de l'adulte se montrent chez des femmes généralement au-dessous de 40 ans. Ils siègent avec une égale fréquence sur la paroi antérieure ou postérieure, sous la forme d'une masse arrondie ou irrégulière, sessile ou pédiculée, recouverte au début par la muqueuse normale. L'ulcération survient quoique tardive, et peut être si envahissante que l'affection abandonne la forme néoplasme pour revêtir celle d'ulcère. Le sarcome s'accroît rapidement, récidive sur place, et fait des métastases dans les poumons, les plèvres et les ganglions lymphatiques. D'une gravité qu'on peut dire mixte, car si on les enlève au début, la guérison peut survenir, ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes se jugent en 15 mois environ, après

l'apparition des premiers symptômes. Il s'agit de sarcomes fuso-cellulaires le plus souvent.

Les très rares cas d'*endothéliome* vaginal connus, nous autorisent à dire que ces tumeurs se montreraient plus volontiers chez de jeunes sujets, siègeraient sur la paroi postérieure, revêtant le type de tumeur à surface lisse ou ulcérée et très hémorragipare. Elles se propagent par les voies lymphatiques et sont d'une excessive malignité.

L'*épithélioma* primitif s'observe surtout de 50 à 60 ans, siège avec une grande prédilection à la partie supérieure de la paroi postérieure où il revêt la forme papillaire ou végétante et la forme infiltrée ou nodulaire, quelquefois en anneau. Le plus ordinairement pavimenteux, lobulé ou tubulé, il a pu revêtir le type cylindrique. La leucoplasie vaginale et les irritations chroniques jouent un rôle étiologique évident dans sa production. Hémorragies, écoulements fétides, douleurs, troubles vésicaux et rectaux en sont les principaux symptômes.

Le pronostic est des plus sombres, l'extension et la marche rapide, car le début passe le plus souvent inaperçu.

Le *chorio-épithéliome* primitif est d'origine fœtale, et se développe aux dépens d'une embolie partie du revêtement ectodermique des villosités chorales (syncytium et cellules de Langhans) ; il se rattache à une grossesse molaire, un avortement ou un accouchement antérieurs. La tumeur, les caillots qui recouvrent l'ulcération, et les hémorragies profuses lui donnent son aspect clinique.

Cette tumeur est grave ; mais sa situation, l'existence de thrombus protecteurs, les saignements qui la révèlent permettent de la diagnostiquer vite et d'intervenir utilement, avant la diffusion des éléments néoplasiques. Sa malignité ne peut être reconnue par les examens histologiques, à cause de l'analogie qui existe entre les cellules chorio-épithéliomateuses et celles du placenta normal ; elle se juge par l'évolution clinique et l'état de résistance de la malade.

IV. — *Le diagnostic* des tumeurs primitives du vagin chez l'enfant ne peut guère prêter à confusion ; il s'agit presque

toujours de sarcomes ; les kystes, les polypes ou l'épithélioma sont d'une excessive rareté.

Chez l'adulte, on devra éliminer d'abord toutes les tumeurs de siège vaginal n'appartenant pas à ce conduit, corps étrangers, calculs urinaires, tumeurs du rectum et de la vessie, prolapsus utérin, polypes, inversion utérine, fibromes utérins sous-séreux pédiculés... et faire ensuite le diagnostic différentiel de l'affection, suivant qu'il s'agit d'une tumeur non ulcérée ou d'une ulcération vaginale.

Dans le premier cas, l'élimination portera sur les kystes du vagin, les abcès vaginaux chroniques, les angiomes, le thrombus vaginal, les tumeurs variqueuses thrombosées, la dilatation variqueuse simple, une gomme syphilitique, le rétrécissement sénile du vagin dans les cas de cancer annulaire. C'est alors que la nature lipomateuse, fibromateuse, sarcomateuse ou épithéliomateuse sera discutée utilement.

Lorsqu'il s'agit d'une ulcération vaginale, on pensera toujours aux vaginites ulcérées, au chancre mou ou induré, aux érosions de la syphilis secondaire et aux ulcérations gommeuses. Les ulcérations tuberculeuses seront toujours l'objet d'une grande attention. Les larges processus ulcéreux herpétiques ou du zona pourraient quelquefois prêter à confusion, ainsi que l'affection connue sous le nom d'ulcère rond du vagin.

Le diagnostic des tumeurs ulcérées vraies se fera ainsi plus à l'aise, mais l'examen histologique deviendra souvent indispensable.

On le complètera par l'étude des connexions de ces tumeurs avec les organes, la recherche des adénopathies et des localisations viscérales.

V. — Le traitement des tumeurs bénignes consistera dans l'énucléation vaginale sous-muqueuse, dans les cas de tumeurs sessiles, et section du pédicule réduit à ses vaisseaux, après ligature pour les tumeurs pédiculées. Dans les cas de masses volumineuses, l'énucléation vaginale nécessitera de véritables manœuvres obstétricales.

S'il s'agit d'une tumeur *maligne* à ses débuts, bien limitée

au vagin, l'intervention s'impose, tantôt par la voie vaginale, tantôt par la voie périnéale. Un peu plus tard, si l'utérus est envahi, ou encore dans les cas de chorio-épithéliome, il faut enlever cet organe en même temps qu'une partie ou la totalité du vagin, et les procédés de A. Martin et de Sippel nous paraissent les plus avantageux.

Mais quand la néoplasie s'est largement propagée dans le voisinage, lorsqu'on constate des masses ganglionnaires, que la cachexie fait des progrès rapides, nous ne saurions trop réprouver la conduite de certains chirurgiens étrangers qui se livrent à des opérations audacieuses, dont les résultats immédiats ou éloignés sont tout à fait défavorables. Seul, le traitement palliatif apportera quelque soulagement à ces malades, dont la fin nè saurait tarder.

Vu : le Président,
A. LE DENTU

Vu : le Doyen,
M. DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I. — Histogénèse générale	3
CHAPITRE II. — I. — Lipomes primitifs	15
II. — Fibro-myomes primitifs	16
III. — Endothéliomes primitifs	37
IV. — Sarcomes primitifs	40
V. — Cancer primitif	58
VI. — Chorio-endothéliome primitif	83
CHAPITRE III. — Diagnostic des tumeurs primitives du vagin	98
CHAPITRE IV. — Traitement	114
OBSERVATIONS	135
CONCLUSIONS	187
PLANCHES I à VIII	136-148

DE LA SYPHILIS ACQUISE
CHEZ LES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

